

**PENERAPAN TERAPI STORYTELLING INOVATIF
TERHADAP PENURUNAN TANDA DAN GEJALA
HALUSINASI PADA NY. D DI RUANG AMINO**

KARYA TULIS ILMIAH



STIKES RSPAD GATOT SOEBROTO

**Disusun Oleh:
RIFKY PUTRA PRIYATNA
NIM 2314401026**

**STIKES RSPAD GATOT SEOBROTO
PRODI D3 KEPERAWATAN
TAHUN 2026**

**PENERAPAN TERAPI STORYTELLING INOVATIF
TERHADAP PENURUNAN TANDA DAN GEJALA
HALUSINASI PADA NY. D DI RUANG AMINO**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Ujian Akhir
Program D3 Keperawatan



STIKES RSPAD GATOT SOEBROTO

Disusun Oleh:

RIFKY PUTRA PRIYATNA

NIM 2314401026

STIKES RSPAD GATOT SEOBROTO

PRODI D3 KEPERAWATAN

TAHUN 2026

PERNYATAAN TENTANG ORIGINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama: Rifky Putra Priyatna

NIM: 2314401026

Program Studi: DIII Keperawatan

Angkatan: 39

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan tindakan plagiat dalam penulisan tugas akhir saya yang berjudul:

PENERAPAN TERAPI STORYTELLING INOVATIF TERHADAP
PENURUNAN TANDA DAN GEJALA HALUSINASI PADA NY D DI RUANG
AMINO

Apabila dikemudian hari saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya bersedia menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Jakarta, 23 Mei 2026

Yang Menyatakan,

A handwritten signature in blue ink is written over a 10,000 Rupiah Indonesian postage stamp. The stamp features the Garuda Pancasila emblem and the text '10000', 'METRA', 'KAMPUNG', and the serial number '1B34BAOX027477236'.

Rifky Putra Priyatna

NIM 2314401026

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah yang disusun oleh:

Nama : Rifky Putra Priyatna

NIM : 2314401026

Hari/Tanggal : Sabtu 23 Mei 2026

Judul : Penerapan Terapi Storytelling Inovatif Terhadap
Penurunan Tanda Dan Gejala Halusinasi Pada
Ny D Di Ruang Amino

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa, disetujui dan siap untuk dipertahankan dihadapan tim penguji pada Program Studi D3 Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Jakarta, 23 Mei 2026

Menyetujui

Pembimbing



Ns. Reni, S.Kep., M.Kep
NUPTK. 5254761662230163

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

PENERAPAN TERAPI STORYTELLING INOVATIF TERHADAP PENURUNAN TANDA DAN GEJALA HALUSINASI PADA NY D DI RUANG AMINO

Telah disetujui dan diperiksa, untuk dipertahankan di depan Tim Penguji KTI
Prodi D3 Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Penguji I



Ns. Reni, S.Kep., M.Kep
NUPTK. 5254761662230163

Penguji II



Ns. Femi Kesumawati., S.Kep., M.Kep
NUPTK. 0452760661230193

Mengetahui

Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto



Dr. Didin Syaefudin, S. Kp., S.H., M.A.R.S
NUPTK 4/54744645130093

RIWAYAT HIDUP

Nama : Rifky Putra Priyatna

Tempat, Tanggal Lahir : Jakarta, 22 Februari 2004

Agama : Islam

Alamat : Jalan Nuri, No. H45, Rt 01 Rw 06, Komplek
Paspampres, Kelurahan Tengah, Kecamatan
Kramat Jati, Jakarta Timur, Indonesia



Riwayat Pendidikan :

1. SDN Tengah 01 Pagi Lulus Tahun
2. SMPN 126 Jakarta Lulus Tahun
3. SMAN 93 Jakarta Lulus Tahun

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan penyusunan tugas akhir dengan judul ” **Penerapan Terapi Storytelling Inovatif Terhadap Penurunan Tanda Dan Gejala Halusinasi Pada Ny D Di Ruang Amino**”. Karya tulis ilmiah ini dilakukan sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RSPAD Gatot Soebroto. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini berkat bimbingan, bantuan dan kerjasama serta dorongan berbagai pihak sehingga dapat terselesaikan dengan baik. Pada kesempatan ini dengan segala hormat Penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dr. Didin Syaefudin, S.Kp, S.H, M.A.R.S, selaku Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi D3 Keperawatan.
2. Ns. Ita, S.Kep, M.Kep, selaku Wakil Ketua I bagian akademik STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi D3 Keperawatan
3. Ns. Riza Ginanjar M, S.kep, M.Kep, selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan.
4. Ns. Reni, S.Kep., M.Kep, selaku dosen pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini. Terima kasih atas waktu, tenaga, serta ilmu yang telah diberikan kepada penulis dengan sabar dalam memberi masukan yang sangat bermanfaat dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Ns. Femi Kesumawati., S.Kep., M.Kep., selaku penguji yang telah memberikan arahan dan motivasi kepada penulis.
6. Terima kasih kepada seluruh staff dosen yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu telah memberikan ilmu, serta semangat belajar selama masa studi saya.

Setiap pelajaran dan pengalaman yang diberikan menjadi bekal berharga dalam proses penyusunan karya tulis ini.

7. Terima kasih yang tak terhingga kepada kedua orang tua tercinta, Abah dan mamah, yang selalu menjadi sumber kekuatan terbesar penulis. Terima kasih atas curahan kasih sayang yang tiada henti, doa-doa tulus yang selalu dipanjatkan sehingga saya dapat melangkah sejauh ini dan menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan.
8. Terima kasih yang sebesar-besarnya kepada kedua kakak perempuan saya Teteh Niken dan Teteh Irna beserta suami suaminya dan saudara kembar laki-laki saya Rizky. Terima kasih atas segala bentuk perhatian, nasihat, bantuan, serta motivasi yang selalu diberikan selama menempuh masa perkuliahan hingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
9. Terima kasih yang mendalam saya sampaikan kepada Nurul dan Meliyana, serta seluruh teman-teman mahasiswa Program Studi D3 Keperawatan Angkatan 39 yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu. Terima kasih telah menjadi bagian dari perjalanan indahnya masa perkuliahan dan atas segala bentuk kebersamaan selama kita menempuh pendidikan.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan penyusunan tugas akhir ini. Saya sadari bahwa penyusunan tugas akhir ini jauh dari sempurna, namun saya berharap bermanfaat kiranya penyusunan tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Jakarta, 23 Mei 2026



Rifky Putra Priyatna

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPERLUAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik STIKes RSPAD Gatot Soebroto, saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Rifky Putra Priyatna
NIM : 2314401026
Program Studi : D3 Keperawatan
Jenis Karya : Tugas Akhir

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada STIKes RSPAD Gatot Soebroto Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Penerapan Terapi Storytelling Inovatif Terhadap Penurunan Tanda Dan Gejala Halusinasi Pada Ny D Di Ruang Amino

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini STIKes RSPAD Gatot Soebroto berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Jakarta, 23 Mei 2026

Yang menyatakan



(Rifky Putra Priyatna)

ABSTRAK

Nama : Rifky Putra Priyatna
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Penerapan Terapi Storytelling Inovatif Terhadap Penurunan
Tanda Dan Gejala Halusinasi Pada Ny D Di Ruang Amino

Latar Belakang: Skizofrenia merupakan gangguan otak kronis yang merusak sistem persepsi, di mana sekitar 70% pasien mengalami fenomena halusinasi pendengaran yang dapat memicu perilaku otomatisme mencederai diri (Andrini et al., 2024). **Tujuan:** Studi kasus ini bertujuan untuk mendeskripsikan penerapan terapi storytelling inovatif terhadap perubahan tanda dan gejala halusinasi pada Ny. D di Ruang Amino RSPAD Gatot Soebroto. **Metodologi:** Metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan pendekatan asuhan keperawatan jiwa selama tiga hari masa hospitalisasi, menggunakan instrumen observasi perilaku dan wawancara klinis. Intervensi difokuskan pada pemberian Strategi Pelaksanaan (SP) 1-4 yang dimodifikasi dengan terapi storytelling sebagai media distraksi kognitif terstruktur. **Hasil:** Hasil asuhan menunjukkan adanya perkembangan signifikan, di mana perilaku otomatisme menampar wajah pasien menurun drastis dari frekuensi 6 kali pada hari pertama menjadi 1 kali pada hari ketiga. Kondisi objektif pasien juga menunjukkan peningkatan durasi kontak mata hingga lebih dari 10 detik serta kemampuan melakukan teknik menghardik secara mandiri. Hal ini sejalan dengan teori bahwa narasi cerita memberikan beban kognitif positif yang mampu menghambat aktivasi area halusinasi di otak (Hikmawati et al., 2025) serta mendukung proses normalisasi pikir melalui pengungkapan diri atau self-disclosure (Nurjannah et al., 2024). **Kesimpulan:** Penerapan terapi storytelling inovatif efektif dalam menurunkan frekuensi gejala halusinasi dan menghilangkan perilaku mencederai diri, sehingga layak direkomendasikan sebagai intervensi pendamping dalam asuhan keperawatan jiwa untuk mempercepat kemandirian coping pasien.

Kata Kunci: Storytelling, Halusinasi, Keperawatan Jiwa

ABSTRACT

Name : Rifky Putra Priyatna
Study Program : Diploma 3 Nursing
Title : Application of Innovative Storytelling Therapy to Reduce Signs and Symptoms of Hallucinations in Mrs. D in the Amino Ward

Background: Schizophrenia is a chronic brain disorder that damages the perceptual system, with approximately 70% of patients experiencing auditory hallucinations that can trigger self-injurious behavior (Andrini et al., 2024). **Purpose:** This case study aims to describe the application of innovative storytelling therapy to changes in signs and symptoms of hallucinations in Mrs. D in the Amino Ward of Gatot Soebroto Army Hospital. **Methodology:** The method used is a descriptive case study with a psychiatric nursing care approach during a three-day hospitalization, using behavioral observation and clinical interviews as instruments. The intervention focused on providing Implementation Strategies (SP) 1-4 modified with storytelling therapy as a structured cognitive distraction medium. **Results:** The care outcomes showed significant improvement, with the patient's automatic face-slapping behavior decreasing drastically from six times on the first day to once on the third day. The patient's objective condition also showed an increase in eye contact duration to more than 10 seconds and the ability to perform reprimand techniques independently. This aligns with the theory that narrative provides a positive cognitive load that can inhibit the activation of hallucinatory areas in the brain (Hikmawati et al., 2025) and supports the process of normalizing thought through self-disclosure (Nurjannah et al., 2024). **Conclusion:** The application of innovative storytelling therapy is effective in reducing the frequency of hallucinatory symptoms and eliminating self-injurious behaviors, making it worthy of recommendation as a companion intervention in psychiatric nursing care to accelerate patient coping independence.

Keywords: Storytelling, Hallucinations, Psychiatric Nursing

DAFTAR ISI

PERNYATAAN TENTANG ORIGINALITAS	i
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
RIWAYAT HIDUP	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPERLUAN AKADEMIS	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penulisan	5
D. Manfaat Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Tinjauan Teori.....	7
1. Definisi Halusinasi	7
2. Etiologi Halusinasi	8
3. Jenis Halusinasi.....	9
4. Fase Halusinasi	10
5. Tanda dan Gejala Halusinasi.....	11
6. Dampak Halusinasi	12
7. Rentang Respon Perilaku Halusinasi	12
8. Pohon Masalah.....	14

9. Penatalaksanaan Medis.....	14
10. Konsep Terapi Storytelling.....	18
B. Kerangka Teori	20
BAB III METODE STUDY KASUS	22
A. Jenis/Desain/Rancangan Studi Kasus	22
B. Subyek Studi Kasus.....	22
C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	23
D. Fokus Studi Kasus	23
E. Instrumen Studi kasus	24
F. Metode Pengumpulan Studi Kasus	62
G. Analisis Data Dan Penyajian Data.....	62
H. Etika Studi Kasus.....	63
BAB IV PEMBAHASAN.....	64
A. Pengkajian	64
B. Diagnosa Keperawatan.....	66
C. Intervensi Keperawatan	67
D. Implementasi Dan Hasil	68
BAB V PENUTUP	74
A. Kesimpulan	74
B. Saran.....	76
DAFTAR PUSTAKA	78

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Rentang Respon Halusinasi.....	13
Gambar 2. 2 Pohon Masalah Halusinasi	14
Gambar 3. 1 Pohon Masalah Halusinasi Kasus	40

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Analisa Data	40
Tabel 3. 2 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Hari 1	47
Tabel 3. 3 Lembar Observasi Tanda Dan Gejala Halusinasi Pertemuan 1	48
Tabel 3. 4 Lembar Observasi Tanda Dan Gejala Halusinasi Pertemuan 2	49
Tabel 3. 5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Hari 2	54
Tabel 3. 6 Lembar Observasi Tanda Dan Gejala Halusinasi Pertemuan 3	55
Tabel 3. 7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Hari 3	59
Tabel 3. 8 Lembar Observasi Tanda Dan Gejala Halusinasi Pertemuan 4	60

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1 Standar Operasional Prosedur (SOP) Story Telling	80
LAMPIRAN 2 Jadwal Aktivitas Harian Pasien	81
LAMPIRAN 3 Lembar Observasi Tanda Dan Gejala Halusinasi	82
LAMPIRAN 4 Kartu Konsultasi Karya Tulis Ilmiah	83
LAMPIRAN 5 Dokumentasi Kegiatan Story Telling	85
LAMPIRAN 6 Lembar Persetujuan Keikutsertaan	86

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan kesehatan jiwa adalah permasalahan kesehatan yang mendapat perhatian dari masyarakat luas, baik di Indonesia maupun di berbagai belahan dunia, karena bisa menyebabkan penderitaan bagi seseorang atau menghambat kemampuannya untuk menjalankan peran sosial. Gangguan jiwa atau gangguan mental mencakup masalah pada cara berpikir, perasaan, keinginan, serta tindakan seseorang.

Secara klinis, manifestasi gangguan mental ini timbul akibat ketidakmampuan individu dalam mengonstruksi mekanisme koping yang adaptif terhadap stresor internal maupun eksternal, yang kemudian memicu terjadinya distorsi kognitif yang parah (Andrini et al., 2024). Penurunan fungsi kognitif dan kegagalan dalam memilah stimulus realitas ini lambat laun bermanifestasi menjadi pola perilaku yang mal-adaptif. Apabila kondisi penurunan kesehatan mental tersebut tidak segera mendapatkan penanganan asuhan yang komprehensif, maka akan berkembang menjadi gangguan jiwa kronis yang memunculkan karakteristik gejala yang jauh lebih kompleks.

Karakteristik gangguan jiwa sangat beragam, salah satu contohnya adalah pasien skizofrenia yang sering ditemukan dalam proses perawatan. Skizofrenia adalah penyakit yang memengaruhi cara kerja otak dan menyebabkan gangguan pada pikiran, perasaan, cara memahami sesuatu, tindakan, serta perilaku yang tidak normal. Skizofrenia menyebar ke seluruh dunia dengan jumlah penderita mencapai 20 juta orang (Nadia Putri Andrini, 2024)

Di Indonesia, angka penderita skizofrenia mencapai 6-7 orang per 1000 penduduk, dengan perkiraan total sekitar 450 ribu orang yang menderitanya. Data Riskesdas menunjukkan bahwa wilayah Jawa Barat memiliki tingkat prevalensi skizofrenia sebesar 5 kasus per 1.000 penduduk, dengan gangguan

jiwa berat yang mencakup psikotik maupun skizofrenia. Kebanyakan penderita skizofrenia tinggal di lingkungan masyarakat, bukan di rumah sakit. Skizofrenia bisa terjadi karena beberapa hal, seperti riwayat keluarga, tekanan mental dan sosial, tingkat pendidikan, serta jenis pekerjaan seseorang. (Nadia Putri Andrini, 2024)

Penelitian yang dilakukan di RSJ Grhasia DIY pada tahun 2017 menunjukkan bahwa ada tiga faktor yang paling berpengaruh terhadap terjadinya skizofrenia, yaitu: faktor keturunan, di mana seseorang yang memiliki riwayat keluarga dengan skizofrenia memiliki risiko 1,195 kali lebih besar mengalami skizofrenia, stressor psikososial dari masalah interpersonal, di mana adanya konflik antar pribadi yang menyebabkan tekanan berat dan memengaruhi kesehatan mental serta meningkatkan risiko 1,257 kali terkena skizofrenia. serta stressor psikososial dari faktor keluarga, di mana seseorang memiliki risiko 1,366 kali lebih besar terkena skizofrenia karena konflik keluarga dapat mengganggu perkembangan mental, mengakibatkan kehilangan rasa aman, nyaman, perasaan istimewa, serta rasa cinta, dan memengaruhi psikologis secara mendalam. (Handayani et al., 2017)

Berdasarkan hasil data pasien gangguan jiwa di Ruang Amino RSPAD Gatot Soebroto selama tahun 2026, didapatkan total keseluruhan pasien sebanyak 267 orang. Dari jumlah tersebut, pasien dengan masalah halusinasi merupakan kasus terbanyak yaitu sebanyak 84 orang (31,46%). Selanjutnya, pasien dengan risiko perilaku kekerasan (RBD) sebanyak 52 orang (19,48%) dan defisit perawatan diri (DPD) sebanyak 53 orang (19,85%). Pasien dengan risiko perilaku kekerasan (RPK) tercatat sebanyak 34 orang (12,73%).

Masalah ansietas ditemukan pada 20 pasien (7,49%), sedangkan gangguan pola tidur sebanyak 8 pasien (3,00%). Selain itu, pasien dengan isolasi sosial (ISOS) sebanyak 5 orang (1,87%), harga diri rendah (HDR) sebanyak 4 orang (1,50%), dan waham sebanyak 7 orang (2,62%). Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa pasien gangguan jiwa di Ruang Amino RSPAD

Gatot Soebroto paling banyak mengalami halusinasi dibandingkan diagnosis lainnya, sehingga diperlukan penanganan dan terapi yang tepat untuk membantu menurunkan tanda dan gejala pada pasien dengan halusinasi.

Halusinasi adalah kondisi di mana seseorang kehilangan kemampuan untuk membedakan antara sensasi berasal dari dalam diri (seperti pikiran) dan sensasi yang datang dari luar (dunia sekitar). Dengan kata lain, orang tersebut tidak bisa membedakan antara kondisi yang sesungguhnya dengan apa yang ia alami lewat indranya. Kurang lebih lebih dari 90% pasien skizofrenia mengalami halusinasi. Data Riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa 70% dari pasien skizofrenia di Jawa Barat mengalami halusinasi pendengaran, dan hal ini merupakan masalah yang paling sering terjadi pada pasien skizofrenia. (Nadia Putri Andrini, 2024)

Penelitian Dwidianti pada tahun 2021 menyebutkan bahwa orang yang mengalami halusinasi pendengaran sulit mengendalikan pikirannya saat mendengar suara yang berasal dari dalam diri sendiri. Hal ini bisa menyebabkan rasa takut, kesulitan mengatur perilaku, munculnya tindakan kekerasan, hingga terjadi bunuh diri. Ketidakmampuan pasien skizofrenia untuk mengendalikan pikirannya perlu ditangani agar menghindari terjadinya dampak negatif yang tidak diinginkan. (Nadia Putri Andrini, 2024)

Selain bahaya tindakan kekerasan, kesulitan pasien dalam mengatasi reaksi terhadap halusinasi sering kali menyebabkan munculnya gejala kembali. Fenomena ini semakin parah karena penggunaan pola koping yang tidak tepat, di mana pasien lebih memilih terus terjebak dalam dunianya sendiri daripada mencari bantuan dari orang lain atau menerapkan cara mengelola masalah yang efektif. Ini menunjukkan bahwa cara penanganan yang hanya mengatasi gejala fisik saja tidak cukup, sehingga diperlukan pendekatan yang mampu mengubah cara berpikir dan mekanisme mengatasi masalah pasien. (Sari, 2019)

Upaya mengatasi halusinasi sebelumnya biasanya berfokus pada teknik menghardik sebagai intervensi standar, tetapi dengan menggabungkan terapi ekspresif berupa bercerita, pendekatan tersebut justru lebih dalam dan lebih efektif. Berdasarkan penelitian Nurjannah dan rekan-rekannya tahun 2024, kegiatan yang bersifat ekspresif terbukti secara nyata mampu mengurangi skor gejala psikotik yang diukur menggunakan alat PSYRATS. Dengan cara menceritakan atau bercerita, pasien diberi bantuan untuk mengeluarkan pikiran yang rumit dan tidak teratur menjadi sebuah urutan yang lebih jelas, sehingga halusinasi yang dialami bisa lebih terkendali. (Nurjannah & Wahyuni, 2024)

Secara global, berdasarkan data dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2023), diduga sekitar 24 juta orang mengalami skizofrenia. Meskipun jumlah orang yang mengalami skizofrenia tidak terlalu banyak dibandingkan gangguan mental lainnya, mereka sering kali menghadapi perlakuan tidak adil, stigma negatif, dan pelanggaran terhadap hak-hak mereka, sehingga proses pemulihan mereka di tengah masyarakat jadi lebih berat.

Berdasarkan fenomena yang telah dibahas, peneliti mengamati bahwa penanganan halusinasi membutuhkan inovasi yang tidak hanya berupa pengalihan sementara, tetapi juga melibatkan perbaikan pola pikir dan cara ekspresi perasaan pasien. Oleh karena itu, peneliti tertarik melakukan perawatan yang lebih dalam dengan judul Penerapan Terapi Storytelling Inovatif Terhadap Perubahan Tanda Dan Gejala Halusinasi Di Ruang Amino.

B. Perumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien halusinasi dengan fokus penerapan terapi storytelling inovatif terhadap perubahan tanda dan gejala halusinasi di ruang amino ?

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memberikan gambaran mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan halusinasi, dengan fokus pada penerapan terapi storytelling secara inovatif untuk mencapai perubahan pada tanda dan gejala halusinasi di Ruang Amino secara komprehensif.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari studi kasus ini adalah agar dapat:

- a. Mengidentifikasi frekuensi, isi, serta respons pasien terhadap halusinasi sebelum diberikan terapi storytelling inovatif.
- b. Mendeskripsikan langkah-langkah dalam pelaksanaan terapi storytelling inovatif terhadap pasien yang mengalami halusinasi.
- c. Mengevaluasi perubahan kemampuan pasien dalam mengendalikan halusinasi setelah menerima terapi storytelling inovatif.
- d. Mengidentifikasi hambatan serta faktor-faktor yang mendukung dalam penerapan terapi storytelling inovatif pada pasien dengan halusinasi.

D. Manfaat Penulisan

1. Bagi Institusi Rumah Sakit (Ruang Amino)

Memberikan saran dan partisipasi kepada tenaga keperawatan di Ruang Amino dalam menerapkan inovasi intervensi keperawatan jiwa. Terapi storytelling inovatif ini bisa jadi salah satu pilihan terapi ekspresif yang efektif untuk membantu pasien mengelola halusinasi dan memperbaiki interaksi sosial selama masa perawatan.

2. Bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan

Menyumbang ide baru dan mendorong penggunaan ilmu keperawatan jiwa, terutama dalam hal intervensi yang menggunakan cerita dan berfokus pada ekspresi perasaan. Hasil penelitian ini diharapkan bisa membantu meningkatkan cara para perawat dalam memberikan perawatan yang baik

dan manusiawi kepada pasien yang mengalami gangguan persepsi sensoris, dengan mengacu pada bukti-bukti ilmiah yang ada.

3. Bagi Penulis

Memberikan pengalaman nyata kepada penulis dalam menggabungkan teori dengan praktik asuhan keperawatan jiwa secara mendalam. Melalui kegiatan ini, penulis berpeluang mengembangkan kemampuan berkomunikasi secara terapeutik, menunjukkan empati, serta meningkatkan keterampilan klinis dalam mengamati dan mengevaluasi perubahan gejala pada pasien yang mengalami halusinasi dengan menggunakan pendekatan terapi yang kreatif dan inovatif.

4. Bagi Masyarakat dan Keluarga

Meningkatkan pemahaman bahwa mengatasi penyakit skizofrenia tidak hanya bisa dilakukan dengan terapi farmakologis, tetapi juga memerlukan pendekatan terapi non farmakologis yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Terapi storytelling ini bisa jadi ide bagus bagi keluarga untuk membantu memberi dukungan psikososial di rumah, sehingga pasien bisa menyampaikan pikiran dan perasaannya dengan cara yang lebih positif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Definisi Halusinasi

Halusinasi adalah bentuk kesalahan persepsi yang tidak nyata, terjadi karena respons neurobiologis yang tidak cocok, tanpa adanya rangsangan eksternal atau internal, dan terjadi saat seseorang dalam keadaan sadar, serta dapat dialami oleh semua indra. Halusinasi merupakan salah satu bentuk gangguan persepsi sensori yang sering dialami oleh pasien skizofrenia. Halusinasi penglihatan adalah gangguan pada cara seseorang mempersepsikan sesuatu, di mana pasien merasa melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada. (Alfi Syahra, 2023)

Halusinasi menjadi gejala utama yang sering dialami oleh penderita skizofrenia. Dari berbagai jenis halusinasi yang ada, halusinasi yang terjadi melalui pendengaran merupakan jenis yang paling sering ditemui pada penderita skizofrenia. Halusinasi pendengaran adalah gejala psikosis yang paling sering terjadi. Pada pasien skizofrenia, halusinasi yang terjadi secara umum terdiri dari beberapa jenis. Sebagian kecil, yaitu 20% pasien, mengalami dua jenis halusinasi sekaligus, yaitu halusinasi pendengaran dan halusinasi penglihatan. (Eko Nugraha, 2024)

Sekitar 70% pasien mengalami halusinasi pendengaran, sedangkan 20% lainnya mengalami halusinasi penglihatan. Sementara itu, 10% pasien mengalami jenis halusinasi lainnya, seperti menghirup aroma, meraba-raba, atau merasakan sesuatu yang tidak nyata. Hal ini menunjukkan bahwa halusinasi adalah masalah yang serius bagi penderita skizofrenia, sehingga perlu diperhatikan dan ditangani dengan baik oleh tenaga kesehatan. (Eko Nugraha, 2024)

Perilaku dan tanda-tanda yang muncul pada seseorang yang mengalami halusinasi dapat dikendalikan dengan beberapa cara, salah satunya adalah teknik menghardik. teknik ini digunakan untuk membantu seseorang menolak halusinasi yang muncul, dengan cara melatih klien untuk menolak halusinasi tersebut atau tidak mempedulikannya. cara ini sesuai dengan pendekatan yang menunjukkan bahwa halusinasi bisa dikendalikan dengan tepat dan teratur menggunakan teknik menghardik. (Alfi Syahra, 2023)

2. Etiologi Halusinasi

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah hal-hal yang membuat seseorang lebih rentan mengalami halusinasi. Berdasarkan penelitian (Nadia Putri Andrini, 2024) faktor ini meliputi:

1) Faktor biologis (genetik)

Ada sejarah keluarga yang memiliki gangguan jiwa. Individu yang memiliki riwayat keluarga skizofrenia cenderung memiliki risiko lebih tinggi mengembangkan kondisi serupa karena adanya pengaruh pada sistem neurobiologis otak.

2) Faktor psikologis

Seperti trauma masa lalu dan kondisi psikososial yang tidak stabil bisa memengaruhi seseorang. Konflik interpersonal dapat meningkatkan risiko seseorang mengalami skizofrenia. Selain itu, konflik dalam keluarga juga meningkatkan risiko karena adanya kehilangan rasa aman, kasih sayang, dan kenyamanan.

3) Faktor Sosiokultural

Keterbatasan dukungan dari keluarga dan lingkungan sosial yang tidak memberikan bantuan bisa memperparah masalah kesehatan mental seseorang dan menghalangi proses pemulihan diri.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah penyebab yang memicu munculnya gejala halusinasi secara tiba-tiba atau mempercepat kambuhnya kondisi tersebut. Faktor-faktor yang memicu tersebut mencakup:

1) Stresor biokimia

Tidak menuruti cara pengobatan dengan obat secara benar dan teratur. Pasien yang tidak meminum obat secara teratur berisiko mengalami kambuhnya gejala halusinasi dengan tingkat yang jauh lebih besar. (Alfi Syahra, 2023)

2) Stresor psikologis

Adalah ketegangan yang muncul karena masalah pribadi, seperti merasa kesepian atau merasa ditinggal oleh anggota keluarga yang penting, misalnya suami atau istri yang bekerja di luar kota. (Nadia Putri Andrini, 2024)

3) Stresor sosial budaya

Adalah perubahan lingkungan yang memberi tekanan atau tuntutan dalam hidup yang tidak bisa diatasi oleh pasien, sehingga menyebabkan gangguan pada persepsi sensorinya. (Nadia Putri Andrini, 2024)

3. Jenis Halusinasi

Halusinasi dibagi sesuai dengan indra yang mengalami gangguan persepsi (Kusumo et al., 2023). Berikut kategori halusinasi tersebut:

- a. Halusinasi pendengaran terjadi ketika pasien mendengar suara atau kebisingan, baik yang kurang jelas maupun jelas. Suara-suara ini kadang terdengar seperti orang berbicara padanya, atau memberi perintah kepada pasien.
- b. Halusinasi penglihatan adalah ketika pasien melihat sesuatu yang tidak nyata, seperti kilatan cahaya, gambar, atau bayangan yang rumit dan sulit dipahami. Bayangan bisa terasa menyenangkan atau menakutkan meskipun objeknya tidak ada di dunia nyata.
- c. Halusinasi penciuman adalah kondisi di mana pasien merasa mencium bau-bauan tertentu, seperti bau darah, urine, feses, parfum, atau bau lainnya yang sebenarnya tidak tercium oleh orang lain. Biasanya sering terjadi pada seseorang setelah mengalami stroke, kejang, atau demensia.

- d. Halusinasi pengecapan terjadi ketika pasien merasakan suatu rasa di lidahnya, meskipun tidak ada makanan yang dikonsumsi. Rasa yang dirasakan bisa berupa darah, urine, feses, rasa logam, atau rasa makanan yang tidak enak.
- e. Halusinasi perabaan adalah kondisi di mana pasien merasakan sensasi fisik di kulit, seperti rasa nyeri, sensasi tersetrum listrik, perasaan sesuatu yang merayap di bawah kulit, atau ketidaknyamanan lainnya, meskipun tidak ada stimulus nyata yang menyebabkannya.

4. Fase Halusinasi

Halusinasi menurut (Tuti et al., 2022) berkembang melalui empat fase, dan setiap fase mempunyai karakteristik yang berbeda yaitu sebagai berikut:

- a. Fase pertama (fase comforting)

Disebut fase penyemangat, adalah tahap yang menyenangkan. Pada fase ini, pendekatan yang digunakan bersifat nonpsikotik, di mana pasien mengalami berbagai perasaan seperti stres, cemas, perasaan perpisahan, rasa bersalah, kesepian, dan perasaan-perasaan tersebut memuncak serta tidak bisa diselesaikan. Pasien mulai mengkhayal dan berpikir tentang hal-hal yang menyenangkan, pendekatan ini hanya memberikan bantuan sementara. Klien sering tersenyum atau tertawa meski tidak sesuai suasana, menggerakkan bibir tanpa mengeluarkan suara, matanya bergerak cepat, merespons secara verbal lambat saat sedang terpaku pada halusinasinya, dan cenderung menyendiri.

- b. Fase kedua (fase condemning)

Adalah saat halusinasi terasa jijik dan termasuk dalam kondisi psikotik ringan. Pasien biasanya memiliki pengalaman sensori yang menjijikkan dan menakutkan, kecemasan mereka meningkat, mereka suka berpikir sendiri dan sering melamun. Mulai merasa ada suara-suara yang tidak jelas. Mereka tidak ingin orang lain mengetahui hal tersebut, namun pasien masih bisa mengendalikannya. Perilaku pasien berubah karena munculnya gejala-gejala sistem saraf otonom, seperti jantung

berdebar lebih cepat dan tekanan darah meningkat. Pasien senang dengan halusinasinya dan tidak bisa membedakan antara realitas dan halusinasi.

c. Fase ketiga (fase controlling)

Adalah saat pengalaman sensori terasa sangat kuat dan pasien mulai mengalami halusinasinya secara lebih intens. Karakteristiknya adalah bisikan, suara, serta isi halusinasi menonjolkan, menguasai, dan mengontrol pasien. Pasien mulai terbiasa dan merasa lemah terhadap halusinasinya. Perilaku pasien untuk mengendalikan halusinasi, rentang perhatiannya hanya beberapa menit atau bahkan detik. Memiliki gejala fisik seperti pasien berkeringat, gemetar, dan tidak bisa mengikuti perintah.

d. Fase keempat (Fase conquering)

Adalah bagian dari proses yang dilakukan dengan pendekatan yang halus, dan termasuk dalam kategori gangguan psikotik berat. Karakteristik halusinasinya berubah menjadi lebih menakutkan, mengendalikan, dan marah terhadap klien. Pasien merasa takut, lemah, kehilangan kendali, dan tidak bisa berinteraksi nyata dengan orang lain di sekitarnya. Dilihat dari perilaku pasien, terdapat indikasi seperti perilaku teror akibat panik, potensi bunuh diri, perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri, atau perilaku katakonik. Pasien juga mengalami kesulitan merespons perintah kompleks dan tidak mampu berespon lebih dari satu orang.

5. Tanda dan Gejala Halusinasi

Gejala dan tanda halusinasi dapat dilihat dari pengamatan terhadap pasien dan cara pasien menyampaikan perasaannya, seperti berbicara terus-menerus, tersenyum sendiri, dan tertawa sendiri. Pasien mungkin menggerakkan bibir tanpa suara, menatap dengan cepat, menjawab lambat, menjauhi orang lain, dan mencoba menghindari interaksi dengan orang lain. Mereka sulit membedakan antara hal yang nyata dan hal yang tidak nyata.

Jantung mereka berdebar lebih cepat, napas mereka terganggu, dan tekanan darah mereka meningkat. (Tuti et al., 2022)

Perhatian mereka terhadap lingkungan kurang atau hanya beberapa detik, dan mereka cenderung terfokus pada pengalaman sensorik mereka. Mereka bisa merasa curiga, bermusuhan, merusak diri sendiri, orang lain, atau lingkungan sekitarnya. Mereka juga bisa merasa takut, kesulitan berhubungan dengan orang lain, wajah mereka tegang, mudah tersinggung, marah, dan terlihat kecewa. Mereka juga enggan mengikuti instruksi dari perawat. Tampak ada tremor dan keringat berlebihan, perilaku panik, agitasi, dan kejang. (Tuti et al., 2022)

6. Dampak Halusinasi

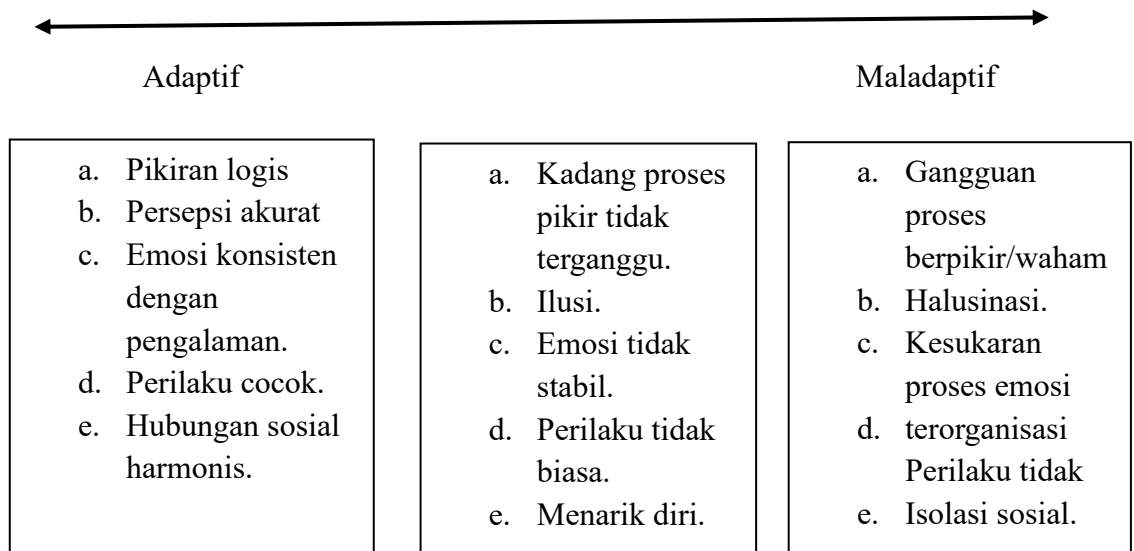
Dampak halusinasi adalah risiko merugikan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar. Ini terjadi karena pasien sedang dalam pengaruh halusinasi, sehingga meminta pasien melakukan sesuatu yang tidak ia sadari. Dampak halusinasi juga bisa menyebabkan kecemasan berlebihan, rasa lemah, merasa tidak mencapai tujuan, takut berlebihan, dan pikiran negatif yang terjadi saat mencapai fase IV (fase conquering). Pasien mungkin kehilangan kemampuan mengendalikan dirinya sendiri, sehingga bisa melakukan tindakan bunuh diri, membunuh orang lain, atau merusak lingkungan di sekitarnya. (Tuti et al., 2022)

7. Rentang Respon Perilaku Halusinasi

Halusinasi adalah gangguan yang memengaruhi persepsi sensori seseorang, sedangkan waham adalah gangguan yang terjadi pada isi pikiran. Keduanya merupakan gangguan dari respons neurobiologi. Oleh karenanya secara keseluruhan, rentang respons halusinasi mengikuti pendekatan penelitian rentang respons neurobiologi. Rentang respons neurobiologi yang paling cocok adalah adanya pikiran yang masuk akal dan terbentuknya hubungan sosial yang seimbang. Rentang respons yang paling tidak cocok adalah munculnya pikiran yang salah, penglihatan atau pendengaran yang

tidak nyata, serta mengisolasi diri dan menjauhi orang lain. (Kusumo et al., 2023)

Berikut adalah gambaran rentang respons neurobiologi.



Gambar 2. 1 Rentang Respon Halusinasi

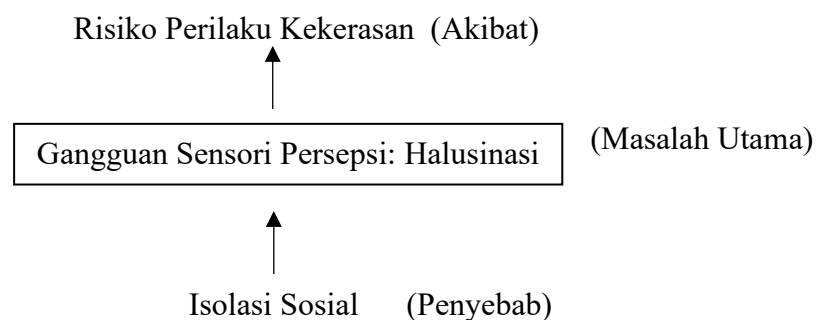
Rentang respons neurobiologis dari gangguan persepsi sensorik halusinasi adalah sebuah spektrum yang menunjukkan bagaimana seseorang beradaptasi secara psikologis terhadap tekanan atau stres. Ini bergerak dari respons yang baik dan sehat sampai respons yang tidak sehat. Di akhir respons yang adaptif, seseorang berada dalam keadaan Pikiran Logis, di mana cara mereka melihat rangsangan dari dalam dan luar berjalan sejalan. Ini didukung oleh persepsi yang tepat, emosi yang sesuai dengan kenyataan, perilaku sosial yang interaktif, dan hubungan sosial yang harmonis.

Ketika cara individu dalam mengatasi masalah mulai menurun karena stres yang tidak teratasi, reaksi mereka akan berpindah ke tahap tengah, yaitu Respons Psikososial (Antara/Borderline). Pada tahap ini, pasien mulai menunjukkan perubahan cara berpikir yang bisa tampak aneh, seperti kadang berpikir salah tentang hal-hal yang nyata. Mereka juga bisa mengalami ilusi, dengan reaksi emosional yang berlebihan atau bahkan

kurang dari biasanya, seperti terlalu banyak atau terlalu sedikit merespons. Perilaku mereka bisa menjadi aneh atau tidak biasa, dan mereka mulai cenderung menjauh dari lingkungan sosial secara perlahan. Di ujung kanan yang paling ekstrem, saat cara mengatasi masalah tidak berhasil sama sekali, pasien masuk ke dalam Respons Maladaptif.

Kondisi ini menggambarkan gangguan mental yang serius seperti skizofrenia, yang ditandai dengan gejala utama berupa halusinasi. Pada tahap maladaptif ini, pasien mengalami distorsi total terhadap kenyataan, yang ditandai dengan kesulitan dalam mengatur cara berpikir (seperti waham dan halusinasi), mengalami masalah dalam mengontrol emosi atau emosi yang tidak cocok (inkongruen), menunjukkan perilaku otomatis yang tidak disadari atau perilaku yang bersifat kekerasan, serta mengalami isolasi sosial atau penarikan diri yang sangat kuat dari lingkungan nyata.

8. Pohon Masalah



Gambar 2. 2 Pohon Masalah Halusinasi

9. Penatalaksanaan Medis

Menurut Iyan (2021), penanganan halusinasi meliputi beberapa pendekatan seperti psikofarmakoterapi sampai dengan terapi aktivitas (TAK):

a. Psikofarmakoterapi

Indikasi utama dari obat ini adalah untuk pengobatan pasien yang mengalami gangguan psikotik, seperti skizofrenia atau jenis gangguan psikotik lainnya. Seperti obat antipsikotik yaitu: Chlorpromazine,

Trifluoperazin. Thioridazin, Haloperidol, Klorprotixen, Lokaspin dan Pimozide. Efek utama dari obat antipsikotik bisa membuat seseorang mengalami gejala seperti psikotik, misalnya gangguan dalam berpikir (waham), gangguan dalam merasakan (halusinasi), aktivitas gerak yang berlebihan (agresif), serta efek membuat rileks dan efek samping yang terjadi di luar sistem saraf pusat.

Efek samping yang mungkin terjadi antara lain kegelisahan motorik, tremor yang kasar, demam tinggi, kejang, penurunan tekanan darah, mulut kering, dan inkontinensia urin. Antidepresan adalah jenis obat yang berfungsi untuk mengurangi atau menghilangkan gejala-gejala depresi. Contoh obat antidepresan antara lain: Imipramin, Maprotilin, Sertaline, dan Paroxetine. Efek samping yang mungkin terjadi yaitu hipotensi, hipertensi, perubahan pada hasil EKG, kesulitan bernapas, mulut dan tenggorokan kering, mual, serta sakit kepala.

b. Tindakan Keperawatan Kepada Klien

1) Pengkajian:

Kaji tanda dan gejala halusinasi, penyebab dan kemampuan klien mengatasinya. Jika ada halusinasi katakan Anda percaya, tetapi Anda sendiri tidak mendengar/melihat/menghidu/merasakan.

2) Diagnosis: Jelaskan proses terjadinya halusinasi

3) Tindakan keperawatan:

- a) Tidak mendukung dan tidak membantah halusinasi klien.
- b) Latih klien melawan halusinasi dengan menghardik.
- c) Latih klien mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek.
- d) Latih klien mengalihkan halusinasi dengan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan secara teratur. Pada tahap ini, intervensi dapat dikembangkan melalui Konsep Terapi Storytelling sebagai media bercakap-cakap yang terstruktur.
- e) Latih klien minum obat dengan prinsip 8 benar, yaitu benar nama klien, benar nama obat, benar manfaat obat, benar dosis obat,

benar frekuensi, benar cara, benar tanggal kedaluwarsa dan benar doku-mentasi.

- f) Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan-an mengendalikan halusinasi.
- g) Berikan pujian pada klien saat mampu mempraktikkan latihan mengendalikan halusinasi.

c. Tindakan Keperawatan Kepada Keluarga

- 1) Kaji masalah klien yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.
- 2) Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, serta proses terjadinya halusinasi yang dialami klien.
- 3) Diskusikan cara merawat halusinasi dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi klien.
- 4) Melatih keluarga cara merawat halusinasi:
 - a) Menghindari situasi yang menyebabkan halusinasi.
 - b) Membimbing klien melakukan latihan cara mengendalikan halusinasi sesuai dengan yang dilatih perawat kepada klien.
 - c) Memberi pujian atas keberhasilan klien.
- 5) Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk bercakap-cakap secara bergantian, memotivasi klien melakukan latihan dan memberi pujian atas keberhasilannya.
- 6) Menjelaskan tanda dan gejala halusinasi yang memerlukan rujukan segera yaitu isi halusinasi yang memerintahkan kekerasan, serta me-lakukan follow up ke pelayanan kesehatan secara teratur.

d. Tindakan Keperawatan Kepada Kelompok Klien

- 1) Sesi 1: Mengenal halusinasi (jenis, isi, frekuensi, waktu, situasi, respons).
- 2) Sesi 2: Melawan halusinasi dengan menghardik.
- 3) Sesi 3: Melawan halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal.
- 4) Sesi 4: Melawan halusinasi dengan bercakap-cakap dan de-enskalasi.

- 5) Sesi 5: Patuh 8 benar minum obat (benar nama klien, benar nama obat, benar dosis obat, benar waktu pemberian, benar cara, benar manfaat, benar kedaluwarsa dan benar dokumentasi).

e. Terapi Aktivitas

- 1) Terapi aktivitas stimulasi kognitif/persepsi

Pasien diajarkan untuk memahami atau mengenali stimulus yang diberikan atau stimulus yang pernah dialami sebelumnya. Kemampuan pasien dalam memahami dan merespons diperiksa serta dikembangkan dalam setiap sesi. Dengan cara ini, diharapkan respons pasien terhadap berbagai rangsangan dalam kehidupan bisa menjadi lebih sesuai dan fleksibel. Aktivitas berupa stimulus dan persepsi.

Stimulus yang diberikan : membaca artikel, majalah, buku, atau puisi, menonton acara TV (ini adalah stimulus yang diberikan), serta stimulus dari pengalaman masa lalu yang memicu proses persepsi pasien yang tidak adaptif atau merusak, misalnya perasaan marah, benci, putus asa, pandangan negatif terhadap orang lain, dan halusinasi. Kemudian dilatih persepsi pasien terhadap stimulus.

- 2) Terapi aktivitas stimulus sensori

Aktivitas tersebut digunakan untuk memicu respons sensorik pada pasien, kemudian kita mengamati bagaimana pasien bereaksi terhadap rangsangan yang diberikan, seperti ekspresi perasaan secara tidak verbal, termasuk wajah dan gerakan tubuh mereka. Pasien yang tidak ingin berkomunikasi secara verbal biasanya akan merasakan emosi dan perasaan mereka terangsang, serta menunjukkan respons.

Aktivitas yang digunakan sebagai pemacu adalah musik, bernyanyi, dan menari. Jika hobi pasien sudah diketahui sebelumnya, maka dapat digunakan sebagai stimulus dalam

penelitian. Misalnya, lagu yang disukai pasien dapat dipakai sebagai stimulasi dalam proses penelitian.

Terapi storytelling merupakan sebuah intervensi inovatif yang dikembangkan dari Strategi Pelaksanaan 3 (SP 3) latihan bercakap-cakap, yang berfungsi sebagai bentuk distraksi kognitif terstruktur untuk mengalihkan fokus klien dari stimulus internal berupa halusinasi ke stimulus eksternal yang nyata melalui media narasi.

Secara klinis, mekanisme kerja terapi ini melibatkan pengorganisasian proses pikir klien agar lebih logis melalui penyusunan alur cerita, penggunaan input sensorik nyata dari suara perawat dan buku cerita untuk melemahkan persepsi palsu halusinasi, serta berperan sebagai teknik de-eskalasi risiko mencederai diri.

Dengan menyibukkan aspek motorik-verbal dan kognitif secara bersamaan, energi klien dapat tersalurkan pada aktivitas yang konstruktif sehingga perilaku otomatisme, seperti memukul atau menampar wajah pada klien halusinasi, dapat diredam.

Selain itu, penggunaan topik cerita yang bermakna mampu meningkatkan durasi interaksi sosial, memperbaiki kontak mata, dan meningkatkan harga diri klien, sehingga terapi ini menjadi jembatan efektif dalam mengatasi kesenjangan komunikasi pada klien yang mengalami isolasi sosial dan gangguan persepsi sensori.

10. Konsep Terapi Storytelling

Terapi storytelling atau bercerita dalam asuhan keperawatan jiwa merupakan sebuah bentuk terapi kognitif dan interaksi verbal yang terstruktur, di mana perawat memfasilitasi pasien untuk mengekspresikan isi pikiran, pengalaman, atau imajinasi mereka melalui sebuah narasi.

Berbeda dengan sekadar mendongeng, terapi ini berfungsi sebagai media komunikasi terapeutik yang bertujuan utama untuk meningkatkan kontrol diri pasien, memfasilitasi ventilasi perasaan atas beban emosional yang terpendam, serta memberikan stimulasi kognitif guna melatih konsentrasi dan alur pikir agar tetap berorientasi pada realitas.

Penggunaan terapi ini sangat efektif untuk membiasakan pasien terlibat dalam komunikasi dua arah yang konstruktif, sehingga kemampuan interaksi sosialnya meningkat dan kecenderungan untuk menarik diri dapat diminimalisir. Dalam pelaksanaannya, terapi storytelling memegang teguh beberapa prinsip dasar, yaitu pembinaan hubungan saling percaya (RPK) yang kuat antara perawat dan pasien, sikap perawat yang tidak menghakimi (non-judgmental) terhadap isi cerita pasien, serta mengedepankan aspek kesukarelaan tanpa paksaan.

Mekanisme kerja terapi ini berfokus pada teknik distraksi kognitif dan reorganisasi proses pikir. Saat pasien bercerita, aktivitas otak akan terfokus pada penyusunan kalimat dan ingatan alur cerita, yang secara neurologis merangsang korteks serebri untuk mengambil alih kendali emosi. Hal ini menyebabkan perhatian otak teralihkan dari stimulus internal berupa halusinasi, sehingga intensitas suara-suara yang mengganggu dapat berkurang.

Manfaat nyata dari terapi storytelling dalam perawatan jiwa, sebagaimana didukung oleh penelitian Hikmawati adalah kemampuannya dalam menurunkan respon halusinasi dan mencegah risiko perilaku kekerasan (RPK) melalui penurunan ketegangan emosional. Pasien yang terlibat aktif dalam proses bercerita akan merasakan peningkatan harga diri karena merasa didengarkan dan dihargai, yang pada akhirnya membantu memperbaiki komunikasi verbal mereka.

Integrasi terapi ini dengan intervensi lainnya, seperti terapi menulis, menjadi pendekatan komprehensif yang sangat krusial dalam mengubah respon maladaptif pasien halusinasi menuju respon yang lebih adaptif dan terkendali. Secara operasional, terapi ini dilaksanakan melalui langkah-langkah sistematis. Ini termasuk tahap prainteraksi, orientasi untuk membangun hubungan saling percaya, tahap kerja yang memfokuskan imajinasi klien pada narasi, dan tahap terminasi untuk evaluasi subjektif.

Rincian standar operasional prosedur (SOP) untuk pelaksanaan terapi ini secara lengkap dilampirkan pada dokumen ini. Diharapkan bahwa dengan menerapkan prosedur ini, akan terjadi penyaluran energi motorik-verbal yang konstruktif, yang akan mengurangi perilaku otomatisme seperti menampar wajah dan meningkatkan durasi interaksi sosial serta meningkatkan kontak mata klien.

B. Kerangka Teori

Gangguan persepsi sensori seperti halusinasi adalah gejala positif yang sering muncul pada pasien halusinasi, yang disebabkan oleh respons neurobiologi yang tidak sesuai dan tidak beradaptasi dengan baik. Menurut teori (Daryanto, 2023), kondisi ini terjadi karena adanya hubungan yang rumit antara faktor-faktor biologis yang sudah ada sejak lahir dan tekanan dari lingkungan sekitar yang membuat individu kesulitan untuk mengatasi masalah.

Proses terbentuknya halusinasi ini berkembang secara bertahap melalui beberapa fase, dimulai dari fase awal gangguan tidur, kemudian berlanjut ke fase penyemangat, fase mengkritik, fase mengontrol, hingga mencapai puncaknya dalam fase menguasai atau kepanikan. Di tahap yang lebih lanjut, jika halusinasi tidak segera diatasi, pasien berisiko mengalami Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) karena kehilangan kemampuan mengendalikan diri dan mengalami gangguan dalam persepsi terhadap realita, seperti yang dijelaskan oleh (Hikmawati et al., 2025) .

Penanganan untuk mengatasi halusinasi dilakukan dengan pendekatan yang menggabungkan pengobatan dengan obat-obatan psikotropika serta tindakan perawatan kesehatan. Selain pendekatan umum seperti menghardik, penerapan terapi psikoterapi khusus terbukti sangat efektif dalam mengurangi gejala dan tanda-tanda tersebut.

Menurut penelitian (Nurjannah et al., 2024) terapi menulis ekspresif dapat membantu menurunkan tingkat gejala halusinasi dengan memberi kesempatan kepada pasien untuk menulis dan menyampaikan perasaan serta pikiran mereka. Temuan (Nadia Putri Andrini, 2024) mendukung hal ini, karena mereka menemukan bahwa kombinasi antara berbicara dan menulis jadwal harian sangat efektif dalam membantu pasien mengalihkan perhatian mereka dari pengalaman halusinasi ke aktivitas sosial dan kegiatan yang terorganisir.

Secara teoritis, kerangka ini menunjukkan bahwa menggabungkan manajemen klinis dengan kegiatan stimulasi kognitif dan sensori, seperti menulis dan bercerita, sangat penting untuk meningkatkan kemampuan kontrol diri pasien dan mengurangi frekuensi munculnya halusinasi.

BAB III

METODE STUDY KASUS

A. Jenis/Desain/Rancangan Studi Kasus

Pemberian asuhan keperawatan ini menerapkan rancangan studi kasus deskriptif dengan pendekatan kualitatif yang berfokus pada pemberian asuhan keperawatan jiwa. Pemilihan desain studi kasus ini bertujuan untuk memberikan gambaran yang jelas dan dalam mengenai cara mengelola asuhan keperawatan bagi pasien mengalami halusinasi.

Dengan metode ini, saya akan mengawasi seluruh proses keperawatan, mulai dari pengecekan yang lengkap, menetapkan diagnosa keperawatan, membuat rencana tindakan, menerapkan teknik khusus, hingga mengevaluasi hasil akhirnya. Fokus utama dari rancangan ini adalah mengamati seberapa efektif pemberian terapi non-farmakologis berupa Storytelling dalam membantu menurunkan tingkat keparahan tanda dan gejala halusinasi yang dialami pasien selama masa perawatan.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek dalam kasus ini adalah seorang pasien dewasa yang telah didiagnosis menderita halusinasi dan sedang menerima perawatan intensif di ruang rawat inap khusus untuk gangguan jiwa. Pemilihan subjek dilakukan berdasarkan kriteria tertentu, yaitu pasien yang secara terus-menerus menunjukkan gejala seperti mendengar halusinasi atau mengalami halusinasi batin, memiliki riwayat melukai diri sendiri karena pengaruh dari dalam diri sendiri, serta masih mampu berbicara meskipun tidak terlalu lama.

Subyek juga dipilih karena mampu bekerja sama dalam sesi terapi. Sebaliknya, kriteria yang tidak memenuhi syarat dalam studi ini mencakup pasien yang dalam kondisi gelisah dan tidak stabil, mengalami gangguan kesadaran, atau mengalami hambatan komunikasi secara organik yang menghalangi proses bercerita. Identitas subyek akan disamarkan sebagai Ny. D

untuk memenuhi prinsip etika kerahasiaan pasien dalam penelitian keperawatan.

C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Pengambilan data dan pelaksanaan intervensi dilakukan di Unit Perawatan Intensif Psikiatri, yaitu di Paviliun Amino, Rumah Sakit Jiwa. Pemilihan tempat ini didasarkan pada adanya subyek yang sesuai dengan fenomena halusinasi yang ingin diteliti. Studi tersebut dilaksanakan pada bulan Mei tahun 2026. Proses perawatan dilakukan setiap hari dengan intensitas tinggi, dan setiap pertemuan berlangsung selama 20 hingga 30 menit per sesi. Masa ini dianggap cukup untuk membangun hubungan saling percaya (BHSP), melakukan pengecekan mendalam dengan menggunakan tanda dan gejala, serta menerapkan teknik Storytelling untuk mengamati perubahan respons pasien dari fase yang sedang terburuk menuju fase yang lebih tenang.

D. Fokus Studi Kasus

Fokus utama dalam studi kasus ini adalah penurunan gejala dan tanda-tanda pada pasien yang mengalami halusinasi melalui penggunaan intervensi inovatif bernama terapi Storytelling. Fokus ini mencakup dua aspek utama, yaitu aspek objektif dan aspek subjektif. Saya akan mengeksplorasi secara subjektif sejauh mana pasien merasa terbantu dalam mengabaikan kata-kata dalam hati atau rangsangan alami yang merusak setelah menerima terapi.

Secara objektif, fokus observasi ditujukan pada perubahan perilaku motorik pasien, seperti berkurangnya kebiasaan memukul kepala, meningkatnya kontak mata, serta kemampuan pasien untuk tetap terjaga dalam realitas saat ini (reorientasi). Evaluasi terhadap fokus penelitian ini dilakukan secara rutin dengan menggunakan instrumen berupa lembar observasi yang berisi tanda dan gejala halusinasi, agar diperoleh data tentang perkembangan yang benar-benar valid dan dapat diukur, serta dapat dilaporkan dalam hasil penelitian.

E. Instrumen Studi kasus

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini dibuat agar bisa mengukur seberapa efektif intervensi dalam mengubah kondisi klinis pasien secara tepat. Peneliti menggunakan Lembar Observasi Tanda dan Gejala Halusinasi yang dibuat berdasarkan standar pengkajian keperawatan jiwa serta hasil perubahan dari instrumen tanda dan gejala dalam buku asuhan keperawatan jiwa.

Alat ini melibatkan parameter subjektif, seperti keluhan mendengar suara dalam hati atau perasaan, dan parameter objektif seperti mengetuk kepala, pandangan kosong, serta kemampuan untuk berfokus. Selain itu, peneliti menerapkan panduan terstruktur dalam pelaksanaan terapi Storytelling agar intervensi dapat diberikan secara konsisten dan sesuai dengan protokol yang ditentukan. Penggunaan alat yang terorganisasi ini memungkinkan peneliti untuk membandingkan data secara tepat antara kondisi pasien setiap harinya.

1. PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

Pada hari Senin, tanggal 4 Mei 2026, seorang pasien bernama Ny. D dikaji untuk asuhan keperawatan jiwa di Ruang Paviliun Amino di RSPAD Gatot Soebroto. Ny. D mulai masuk ke perawatan pada tanggal 3 Mei 2026 setelah dirujuk karena kondisi yang tidak stabil di rumahnya. Pasien didiagnosa dengan Skizofrenia Paranoid, sebuah gangguan persepsi sensori yang ditandai dengan halusinasi pendengaran internal yang berkelanjutan dan risiko perilaku mencederai diri. Peneliti akan mempelajari lebih lanjut tentang perubahan kondisi pasien selama masa hospitalisasi melalui penelitian ini.

2. IDENTITAS KLIEN

Seorang wanita berinisial Ny. D, berusia 46 tahun, dari suku Sunda di Indonesia, adalah subjek studi kasus ini. Pasien beragama Islam dan saat ini tinggal di daerah Bekasi Selatan. Secara akademis, Ny. D adalah lulusan sekolah menengah atas dan saat ini berstatus kawin, tinggal bersama suaminya, yang berfungsi sebagai dukungan utamanya selama sakitnya.

Semua informasi yang dikumpulkan dalam penelitian ini berasal dari pernyataan subjektif pasien, yang kemudian divalidasi oleh suami pasien, dan didukung oleh data sekunder dari rekam medis rumah sakit.

3. ALASAN MASUK

Pasien dirujuk ke RSPAD Gatot Soebroto karena mengalami halusinasi yang tidak terkendali selama dua tahun terakhir di rumah. Pasien merasa tidak nyaman karena terus-menerus mendengar suara bathin dalam pikiran yang membuatnya sangat gelisah dan terasa lelah. Seminggu sebelum masuk RS, pasien menunjukkan perilaku berisiko yaitu mencoba mencari gunting (ide bunuh diri) dan sering melakukan gerakan tidak disadari seperti memukul wajah/kepala sendiri dengan tangan. Keluarga memilih untuk membiarkan pasien dirawat di rumah sakit agar bisa diawasi langsung oleh dokter ahli, karena mereka khawatir ada kesalahan dalam perawatan di rumah.

4. FAKTOR PREDISPOSISI

Menurut riwayat kesehatan sebelumnya, Ny. D memiliki riwayat gangguan jiwa selama kurang lebih empat tahun. Selama periode waktu tersebut, pasien telah mencoba berbagai metode pengobatan, baik melalui pengobatan konvensional maupun terapi keagamaan. Karena manifestasi klinis halusinasi batin terus muncul dan mengalami eksaserbasi atau perburukan yang signifikan dalam dua tahun terakhir, upaya pengobatan tersebut dianggap kurang berhasil. Kegagalan untuk mengontrol gejala di rumah menjadi alasan utama pasien dirujuk ke RSPAD untuk mendapatkan perawatan dan pemantauan lebih lanjut dari profesional.

Akibat ketidakmampuan pasien untuk mengendalikan stimulus internal (bisikan batin) yang ia alami secara konsisten di rumah, pasien mengalami tekanan psikososial yang signifikan. Dalam hal faktor keturunan, ditemukan bahwa Ny. D, sebagai istri dari keluarga inti, adalah satu-satunya

anggota keluarga yang saat ini mengalami gejala bisikan batin. Dia juga memiliki riwayat terapi keagamaan yang panjang.

5. PEMERIKSAAN FISIK

Hasil pemeriksaan fisik Ny. D menunjukkan tanda-tanda vital normal, termasuk tekanan darah 118/74 mmHg, frekuensi nadi 82 kali per menit, suhu tubuh 36,8 °C, dan frekuensi pernapasan 21 kali per menit. Pasien memiliki berat badan 58 kg dan tinggi 155 cm secara antropometri. Pasien menyatakan bahwa dia mengalami keluhan fisik seperti rasa pusing yang tidak berhenti dan sensasi kelelahan yang luar biasa di seluruh tubuhnya. Ini terjadi meskipun indikator fisiologis utama menunjukkan bahwa kondisinya stabil.

Pasien menjelaskan kondisi subjektif ini sebagai akibat langsung dari ketegangan pikiran yang terus menerus yang disebabkan oleh paparan suara batin, yang dikenal sebagai halusinasi, yang muncul tanpa henti. Secara objektif, pemeriksaan menyimpulkan bahwa ada sedikit kemerahan di area wajah dan dahi. Keadaan ini disebabkan oleh perilaku otomatisme pasien, yang sering kali memukul wajahnya sendiri secara tidak sadar sebagai tindakan pertahanan saat mengalami episode halusinasi yang parah.

6. PSIKOSOSIAL

a. Genogram:

Hasil pemetaan genogram tiga generasi menunjukkan bahwa Ny. D lahir dalam keluarga yang memiliki struktur lengkap. Pada generasi keduanya, dia memiliki seorang kakak (saudara kandung) dan kedua orang tua yang masih hidup, menunjukkan bahwa Ny. D memiliki sistem pendukung keluarga besar yang cukup luas dari pihak keluarga asalnya.

Dari pihak suaminya, diketahui bahwa dia adalah anak tunggal dengan kedua orang tua yang lengkap. Ny. D dan pasangannya tinggal

bersama dalam satu rumah di Bekasi Selatan, yang merupakan struktur keluarga inti saat ini. Karena suaminya tidak memiliki saudara kandung, tanggung jawab pengasuhan di rumah sepenuhnya ditanggung oleh suaminya.

Meskipun Ny. D memiliki kakak dan orang tua, suaminya mengawasi perilaku otomatisme pasien, seperti bisikan batin yang memukul wajahnya, setiap hari. Penempatan garis "orang tinggal serumah" hanya mencakup Ny. D dan suaminya, menunjukkan bahwa meskipun keluarga besar, termasuk orang tua dan kakak, tersedia, beban perawatan langsung pasca-perawatan di RSPAD akan sangat bergantung pada kemandirian pasien dan bantuan suaminya.

b. Konsep diri :

- 1) Citra Tubuh: Pasien menyatakan tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai, tetapi merasa wajah dan kepala terus-menerus sakit (pusing) karena terus didengar bisikan. Ada perasaan tidak nyaman ketika pasien yang tidak sadar meninju wajahnya sendiri.
- 2) Identitas diri: Pasien adalah seorang ibu yang berusia 46 tahun, Pasien menyadari bahwa dirinya sedang mengalami gangguan jiwa dan membutuhkan bantuan medis dari pihak rumah sakit.
- 3) Peran: Pasien merasa kesulitan untuk menjalankan perannya sebagai anggota keluarga yang produktif karena aktivitasnya terbatas akibat penyakit selama empat tahun terakhir. Pasien merasa membuat suaminya merasa tertekan karena harus memperhatikannya dengan lebih ekstra.
- 4) Ideal diri: Pasien sangat berharap sembuh sepenuhnya dan lepas dari "bisikan batin" agar bisa beraktivitas seperti biasa di rumah tanpa menyusahkan suaminya yang merasa lelah atau takut. Pasien berharap pengobatan di RSPAD kali ini bisa berjalan lancar dan berhasil.

- 5) Harga diri: Harga diri pasien rendah. Pasien merasa frustrasi karena sudah mencoba berbagai jenis pengobatan, baik dari sisi medis maupun agama, selama empat tahun, tetapi kondisi tersebut masih tidak terkontrol. Muncul perasaan tidak bisa berbuat apa-apa (helplessness) yang membuat seseorang berpikir untuk mencederai diri sendiri.

c. Hubungan sosial :

Ny. D mengatakan bahwa suami adalah orang yang paling penting baginya saat ini. Pasien memiliki suami yang sangat sabar mendampingi dalam kehidupan sehari-hari di rumah, dan memberikan dukungan emosional tambahan. Pasien mengatakan bahwa selama dua tahun terakhir ia hampir tidak mengikuti kegiatan sosial di lingkungan rumahnya, seperti pengajian atau arisan warga, terkait keterlibatannya dalam kelompok atau kegiatan masyarakat.

Hal ini disebabkan oleh hambatan besar dalam berhubungan dengan orang lain, di mana pasien sangat malu dengan bekas kemerahan di wajahnya akibat perilaku memukul diri sendiri. Selain itu, pasien merasa enggan memulai percakapan karena konsentrasinya sering terganggu oleh bisikan batin. Akibatnya, pasien cenderung menarik diri dan merasa lebih aman berada di rumah untuk menghindari penilaian buruk dari tetangganya.

d. Spiritual :

Ny. D memiliki nilai dan keyakinan yang kuat sebagai seorang Muslim dalam hal spiritual. Ia menganggap penyakit yang dideritanya selama empat tahun ini sebagai ujian dari Tuhan. Di sisi lain, pasien kadang-kadang sedih karena percaya bahwa berbagai upaya pengobatan keagamaan yang telah dia lakukan belum menghasilkan hasil yang menetap. Pasien mencoba untuk tetap menjalankan salat

lima waktu mengenai kegiatan ibadah, tetapi dia mengatakan dia menghadapi kesulitan untuk mencapai kekhusyukan

7. STATUS MENTAL

a. Penampilan:

Penampilan Ny. D secara umum terlihat cukup rapi karena ia masih tinggal bersama suami yang membantu menjaga kebersihannya. Namun, saat pemeriksaan di rumah sakit, wajah pasien terlihat sangat tegang, mata cekung, dan terdapat sisa kemerahan di bagian pipi serta dahi karena perilaku memukul diri sendiri. Pasien terlihat lemah dan postur tubuhnya cenderung menyendiri, menunjukkan kelelahan mental yang sangat berat. Pakaian yang dikenakan tepat, tetapi ekspresi wajahnya tidak terlihat ceria (tampak kaku).

b. Pembicaraan

Selama proses intervensi, ucapan pasien terdengar pelan. Pasien seringkali terhenti di tengah kalimat atau terdiam selama beberapa detik, seolah sedang mendengarkan sesuatu sebelum akhirnya melanjutkan pembicaraan. Pasien memberikan jawaban yang tidak bersemangat, ia hanya menjawab pertanyaan secara singkat tanpa berusaha untuk mengembangkan percakapan lebih lanjut. Hal ini terjadi karena perhatian pasien terpecah antara suara perawat dan "bisikan batin" yang terus didengarnya.

c. Aktivitas motorik

Aktivitas gerak pasien menunjukkan tanda-tanda tidak tenang dan tergesa-gesa. Terdapat perilaku otomatis berupa gerakan memukul wajah atau kepala sendiri dengan tangan secara tiba-tiba tanpa disadari sepenuhnya oleh pasien. Gerakan ini umumnya muncul ketika frekuensi suara bisikan batin tersebut semakin tinggi. Pasien juga sering memainkan jari tangan sendiri sebagai tanda dari perasaan cemas dan kelelahan mental yang dirasakannya selama bertahun-tahun.

d. Alam perasaan

Perasaan pasien saat ini didominasi oleh perasaan putus asa, khawatir, dan sedih. Pasien merasa sangat menderita karena meskipun sudah berobat secara medis dan agama selama empat tahun, kondisi penyakitnya justru semakin memburuk dalam dua tahun terakhir. Ia merasa lelah secara dalam karena tidak bisa mengendalikan insting batinnya sendiri. Perasaan takut muncul karena dia takut salah dalam mengurus hal-hal yang bisa membahayakan dirinya sendiri atau memberatkan suaminya.

e. Afek

Afek yang ditunjukkan oleh Ny. D termasuk dalam kategori tumpul. Respon emosional pasien terlihat sangat terbatas, ketika menceritakan pengalaman yang menyedihkan atau menyakitkan, seperti berpikir untuk bunuh diri, ekspresi wajahnya tidak menunjukkan rasa sedih yang dalam, melainkan terlihat datar dan kaku saja. Reaksi emosionalnya lambat dan tidak sebanding dengan tingkat intensitas dari stimulus yang diberikan selama wawancara.

f. Interaksi selama wawancara

Interaksi pasien selama wawancara tergolong baik namun tidak banyak membuat kontak mata. Pasien sering memandang ke bawah atau mengalihkan pandangan ke samping ketika pikiran dalam batinnya muncul. Pasien terlihat sedikit mencurigai dan berhati-hati terhadap lingkungan sekitarnya, terutama ketika ada benda tajam di dekatnya.

g. Persepsi Halusinasi

Pasien mengalami gangguan dalam cara merasakan atau merespons stimulus, berupa mendengar suara yang berasal dari dalam dirinya sendiri, yang sering disebut sebagai "bisikan batin". Suara-suara ini

muncul terus-menerus dalam hati atau pikiran seseorang, bukan berasal dari telinga luar. Isi bisikan itu membuat pasien gelisah dan kadang-kadang meminta mereka melakukan gerakan yang menyakitkan diri. Frekuensi halusinasi ini sangat tinggi hingga menyebabkan pasien merasa lelah secara fisik dan mental.

h. Proses pikir

Proses berpikir pasien mengalami gangguan berupa blocking, di mana saat berbicara, pasien tiba-tiba berhenti karena alur pikirnya terputus akibat adanya stimulus halusinasi. Tidak ada tanda-tanda atau hal-hal yang terkait secara jelas, tetapi pasien sering membutuhkan waktu yang cukup lama untuk memahami informasi dan memberikan jawaban karena pikirannya terus-menerus teralihkan oleh suara dalam dirinya sendiri.

i. Isi pikir

Dalam pikiran pasien, terdapat ide yang berkaitan dengan keinginan untuk melukai diri sendiri. Pasien pernah berpikir untuk mencari gunting karena merasa sudah tidak tahan lagi dengan suara di dalam pikirannya yang terus mengganggu. Tidak ada waham yang sistematis yang ditemukan, tetapi ada gejala kontrol pikir, di mana pasien merasa gerakan tangan memukul wajah terjadi tanpa bisa dikendalikan oleh keinginannya sendiri. Pasien juga merasa tidak percaya diri dan malu karena ada bekas kemerahan di wajahnya.

j. Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran pasien secara umum adalah Composmentis, namun ia tampak sering bingung karena kelelahan mental. Pasien tidak bingung dengan waktu, tempat, atau orang.

k. Memori

Mengenai memori, ditemukan adanya gangguan pada daya ingat jangka pendek, pasien kadang lupa akan instruksi sederhana yang baru saja diberikan oleh perawat atau dokter karena perhatiannya sangat terganggu oleh halusinasi yang terjadi dalam pikirannya. Memori jangka panjang pasien terhadap riwayat penyakitnya selama empat tahun masih berjalan dengan baik.

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Konsentrasi pasien tergolong sangat rendah atau mudah berpaling. Pasien kesulitan fokus dalam waktu lama pada satu topik pembicaraan karena pikirannya terus-menerus teralih oleh suara di dalam batinnya. Kemampuan berhitung sederhana juga menurun saat pasien merasa pusing atau ketika frekuensi halusinasinya meningkat, sehingga ia menjadi lambat dalam menjawab soal-soal perhitungan sederhana.

m. Kemampuan penilaian

Pasien mengalami gangguan ringan dalam mengambil keputusan, sehingga terkadang kesulitan menentukan apa yang harus diperbaiki atau dilakukan terlebih dahulu saat di rumah.

n. Daya tilik diri (Insight)

Pasien berada dalam tahap di mana ia menyalahkan faktor-faktor di luar dirinya sendiri. Ia menyadari bahwa dirinya sakit, tetapi ia merasa penderitaannya berasal dari "insting batin" yang buruk yang tidak bisa dia kontrol. Pasien merasa lemah karena sudah berusaha sekuat tenaga dengan cara medis dan agama, tapi penyakitnya belum juga sembuh.

8. MEKANISME KOPING

Berdasarkan hasil penelitian, Ny. D memiliki kecenderungan untuk menggunakan mekanisme koping yang tidak adaptif ketika menghadapi

stresor karena gangguan persepsi sensorinya yang berlangsung lama. Karena malu dengan bekas luka kemerahan di wajahnya dan lelah dengan bisikan batin yang tidak berhenti selama empat tahun terakhir, pasien seringkali memilih untuk menghindari interaksi sosial. Perilaku mencederai diri, di mana pasien tanpa disadari sepenuhnya memukul kepala atau wajah sendiri sebagai upaya spontan untuk menghentikan desakan bisikan, adalah respons maladaptif yang paling signifikan. Pasien juga menunjukkan reaksi berlebihan terhadap kesalahan medis dan agama sebelumnya, yang menyebabkan mereka putus asa.

Tetapi Ny. D masih memiliki coping adaptif yang dapat dioptimalkan selama masa perawatan di Paviliun Amino. Pasien mampu mengungkapkan perasaannya secara lisan meskipun lambat dan bersedia berbicara dengan orang lain, termasuk perawat dan anggota keluarga, saat situasi menjadi tenang. Fokus utama dalam asuhan keperawatan selanjutnya adalah mengubah coping maladaptif (mencederai diri) menjadi coping adaptif melalui penggunaan terapi cerita. Pasien didorong untuk melakukan aktivitas konstruktif, seperti penceritaan pengalaman hidupnya. Penceritaan ini membantu mereka melepaskan beban emosional yang selama ini dipendam. Terapi ini juga membantu mereka beralih dari stimulus internal ke interaksi interpersonal yang lebih nyata.

9. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

Ny. D mendapat dukungan kelompok dari suami . Karena penyakit itu telah berlangsung selama empat tahun, dukungan ini mengalami tekanan yang signifikan, atau beban penjaga. Pasien merasa berat untuk kelompok terkecilnya, terutama karena suami mereka harus mengawasi pasien sendirian di rumah. Jika hanya satu keluarga yang tinggal serumah, pengawasan terhadap perilaku memukul diri sebelum pasien dirujuk ke rumah sakit menjadi kurang efektif.

Pasien mengalami kesulitan besar dalam berhubungan dengan masyarakat di sekitar tempat tinggalnya di Bekasi Selatan. Ny. D merasa minder dan malu karena bekas kemerahan di wajahnya, jadi ia memilih untuk tinggal sendiri selama dua tahun terakhir dan tidak terlibat lagi dalam kegiatan sosial seperti pengajian atau arisan warga. Selain itu, lingkungan rumah yang sepi, seperti rumah yang hanya dihuni oleh pasangan, cenderung memungkinkan pasien untuk lebih berkonsentrasi pada bisikan batinnya daripada berinteraksi dengan orang lain.

Meskipun memiliki latar belakang pendidikan menengah (SMA), Ny. D tidak dapat memanfaatkan keterampilannya untuk mencapai hasil yang baik di tempat kerja. Pasien kehilangan kesempatan untuk bekerja atau membantu ekonomi keluarga karena penyakit kronisnya. Selain itu, statusnya sebagai ibu rumah tangga terganggu karena ia tidak lagi mampu menangani kebutuhan rumah tangga. Akibatnya, ia menjadi tidak percaya diri dan tidak bahagia dengan hidupnya.

Kebutuhan ekonomi keluarga bergantung sepenuhnya pada pendapatan pasangan. Keluarga menghadapi tantangan finansial yang signifikan karena biaya pengobatan selama empat tahun, baik medis maupun alternatif atau keagamaan. Pasien dirujuk ke RSPAD Gatot Soebroto untuk mendapatkan perawatan intensif dan pemantauan dokter spesialis secara langsung, tetapi juga memiliki riwayat pengobatan yang kurang berhasil di fasilitas kesehatan sebelumnya, yang menimbulkan pertanyaan dan optimisme.

Karena konflik dalam diri pasien antara keinginan untuk sembuh dan kenyataan bahwa bisikan tersebut terus muncul, pasien mengalami kelelahan mental yang sangat parah. Saat pasien merasa kehilangan kendali atas intuisi batinnya, konsep mencederai diri dengan benda tajam memperparah tekanan ini.

10. PENGETAHUAN KURANG

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa Ny. D dan suaminya tidak memahami dalam mengelola gangguan jiwa yang diderita. Pasien yang menderita penyakit jiwa menyadari bahwa mereka sakit, tetapi mereka kurang memahami bagaimana "bisikan batin" muncul sebagai gejala neurologis dan lebih cenderung mengaitkannya dengan hal-hal gaib atau kegagalan spiritual. Ini terkait dengan faktor-faktor yang berkaitan dengan presipitasi. Dalam dua tahun terakhir, pasien dan keluarga mereka belum mampu menentukan pemicu kekambuhan yang menyebabkan gejala menjadi lebih parah. Akibatnya, upaya pencegahan di rumah menjadi tidak efektif.

Dalam hal obat-obatan, pasien patuh mengonsumsi obat-obatan mereka di bawah pengawasan ketat suaminya. Namun, mereka tidak menyadari efek samping obat-obatan dan pentingnya menjalani pengobatan secara konsisten dalam jangka panjang. Pasien mungkin berpikir bahwa obat dapat dihentikan jika bisikan hilang, menandakan risiko ketidakpatuhan di masa depan. Pasien tidak memahami hubungan antara penyakit fisiknya, seperti pusing dan kelelahan, dengan keadaan mentalnya. Mereka juga tidak tahu mekanisme koping adaptif yang efektif, hanya pasrah dan menghindar.

11. ASPEK MEDIK

Hasil kerja tim medis di Paviliun Amino RSPAD Gatot Soebroto menunjukkan bahwa Ny. D memiliki diagnosa medis Skizofrenia Paranoid. Manifestasi klinis yang persisten selama empat tahun, termasuk gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran yang bersifat mengancam dan mengontrol, serta penarikan diri secara sosial, menjadi dasar diagnosis ini. Karena munculnya konsep mencederai diri dan ketidakmampuan keluarga untuk mengontrol gejala di rumah, kondisi pasien saat ini dikategorikan dalam fase eksaserbasi akut.

Ny. D menerima terapi medik farmakologi yang menyeluruh untuk mengatasi gejala psikotiknya dan menstabilkan kondisi emosionalnya. Obat antipsikotik atipikal diberikan kepada pasien untuk mengurangi efek samping dan obat pendukung untuk membantu mereka mengatasi keluhan fisik mereka, seperti pusing dan gangguan tidur. Tim keperawatan dan dokter spesialis kedokteran jiwa mengawasi seluruh terapi medik ini. Ini dilakukan untuk memastikan bahwa obat bekerja dengan baik untuk mengurangi jumlah bisikan batin yang dialami pasien.

12. ANALISA DATA

NO	Tanggal	DATA SUBYEKTIF & DATA OBYEKTIF	MASALAH KEPERAWATAN
1.	04/05/20 25	DS: a. Pasien mengatakan bahwa selama empat tahun dia telah mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya (bisikan batin). b. Pasien mengatakan suara tersebut mengancam dan menyuruh mencederai diri, menyebabkan pusing dan dengung di telinga. c. Pasien mengatakan bahwa dia sangat lelah dan khawatir karena suara itu tidak kunjung hilang. d. Pasien mengatakan dia mengalami kesulitan untuk tidur di malam hari karena dia mendengar suara batinnya.	Halusinasi

2.	04/05/2025	DO: a. Pasien tampak bicara sendiri (komat-kamit) b. Pasien tampak terkadang tersenyum atau tertawa tanpa stimulus nyata. c. Pasien tampak mengarahkan telinga ke arah tertentu seolah sedang mendengarkan sesuatu. d. Pasien tampak teramati adanya blocking (berhenti bicara tiba-tiba) saat interaksi sedang berlangsung. e. Pasien tampak sulit memfokuskan pikiran dan konsentrasi tampak buruk. f. Pasien tampak menunjukkan perilaku mondar-mandir dan gelisah. DS: a. Pasien mengatakan saya mau tampar-tampar muka sendiri saja biar suara bisikannya diam. b. Pasien mengatakan merasa sangat capek dan lelah karena sudah 4 tahun menderita sakit yang tidak kunjung sembuh total. c. Pasien mengatakan terkadang muncul pikiran untuk mencari benda tajam seperti gunting agar semua penderitaannya berakhir. d. Pasien mengatakan merasa tidak berguna lagi sebagai istri karena tidak mampu	Resiko Bunuh Diri
----	------------	---	-------------------

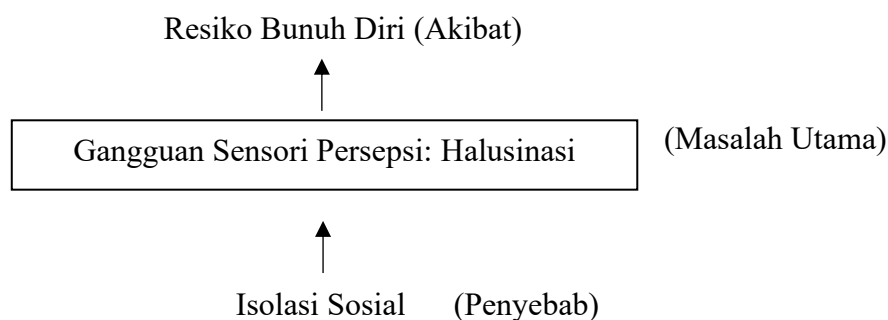
		mengurus rumah tangga dan semua pekerjaan diambil alih oleh suami. DO: a. Pasien tampak melakukan gerakan otomatisme berupa menampar dan memukul area dahi serta pipi secara berulang kali saat halusinasi muncul. b. Pasien tampak adanya bekas kemerahan dan sedikit lebam pada area wajah (pipi dan dahi). c. Pasien tampak ekspresi wajah pasien tampak sedih, murung, dan sering menunjukkan perasaan tidak nyaman. d. Pasien tampak lebih banyak menunduk dan menghindari kontak mata saat diajak berinteraksi mengenai perasaannya. e. Pasien tampak lebih banyak menghabiskan waktu sendirian di atas tempat tidur dan jarang berkomunikasi dengan orang lain di sekitarnya.	
3.	04/05/2025	DS: a. Pasien mengatakan lebih nyaman berada di dalam kamar dan membatasi interaksi dengan orang lain sejak 2 tahun terakhir. b. Pasien mengatakan malas bertemu tetangga atau ikut pengajian karena	Isolasi Sosial

		merasa orang-orang akan membicarakan keburukannya. c. Pasien mengatakan merasa minder dan malu karena kondisi wajahnya (bekas tampan) serta status penyakit jiwanya. d. Pasien mengatakan suara-suara bisikan di kepalanya membuat ia lebih suka melamun daripada mengobrol dengan orang lain. e. Pasien mengatakan merasa tidak mampu menjalankan peran sebagai istri, sehingga ia merasa tidak pantas bersosialisasi DO: a. Pasien tampak lebih banyak menghabiskan waktu sendirian di atas tempat tidur dan tidak mencoba berinteraksi dengan teman sekamar di Paviliun Amino. b. Pasien tampak lebih banyak menunduk dan menghindari tatapan mata lawan bicara saat dilakukan komunikasi terapeutik. c. Pasien tampak ekspresi wajah pasien tampak tidak berubah (datar) dan tampak tidak bergairah meskipun sedang membicarakan hal yang penting. d. Pasien tampak hanya menjawab pertanyaan dengan singkat (satu atau dua kata) dan tidak memulai pembicaraan (low verbal output).	
--	--	---	--

		e. Pasien tampak sering terpaku pada satu titik atau asyik dengan pikirannya sendiri sehingga kurang peduli dengan lingkungan sekitar. f. Pasien tampak sering membelakangi orang lain atau meringkuk di tempat tidur saat ada orang yang mendekat.	
--	--	---	--

Tabel 3. 1 Analisa Data

13. POHON MASALAH



Gambar 3. 1 Pohon Masalah Halusinasi Kasus

14. DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

- Halusinasi b.d Isolasi Sosial d.d Mendengar suara orang berbicara tanpa ada orangnya, Takut, Sulit tidur, Bicara sendiri, Tertawa sendiri, Mengarahkan telinga ke suatu tempat
- Isolasi Sosial b.d Sulit Berinteraksi dengan orang lain d.d Ingin sendiri, Merasa tidak nyaman ditempat umum, Menarik diri, Menolak melakukan interaksi
- Risiko Bunuh Diri b.d Stres yang berlebihan d.d Mengungkapkan kata kata ingin mati dan rencana ingin mengakhiri hidup, Menyiapkan alat untuk melakukan rencana bunuh diri, Kontak mata kurang, Tidur kurang, Mondar mandiri, Banyak melamun

15. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN JIWA

a. Tindakan Keperawatan Kepada Klien

- 1) Tidak mendukung dan tidak membantah halusinasi klien.
- 2) Latih klien melawan halusinasi dengan menghardik.
- 3) Latih klien mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek.
- 4) Latih klien mengalihkan halusinasi dengan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan secara teratur. Pada tahap ini, intervensi dapat dikembangkan melalui Konsep Terapi Storytelling sebagai media bercakap-cakap yang terstruktur.
- 5) Latih klien minum obat dengan prinsip 8 benar, yaitu benar nama klien, benar nama obat, benar manfaat obat, benar dosis obat, benar frekuensi, benar cara, benar tanggal kedaluwarsa dan benar dokumentasi.
- 6) Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan halusinasi.
- 7) Berikan pujian pada klien saat mampu mempraktikkan latihan mengendalikan halusinasi.

b. Tindakan Keperawatan Kepada Keluarga

- 1) Sesi 1: Mengenal halusinasi (jenis, isi, frekuensi, waktu, situasi, respons).
- 2) Sesi 2: Melawan halusinasi dengan menghardik.
- 3) Sesi 3: Melawan halusinasi dengan melakukan kegiatan terjadwal.
- 4) Sesi 4: Melawan halusinasi dengan bercakap-cakap dan de-enskalasi.
- 5) Sesi 5: Patuh 8 benar minum obat (benar nama klien, benar nama obat, benar dosis obat, benar waktu pemberian, benar cara, benar manfaat, benar kedaluwarsa dan benar dokumentasi).

16. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN JIWA

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan dari rencana tindakan intervensi yang telah disusun secara sistematis untuk mencapai

tujuan pemulihan pasien. Dalam konteks asuhan keperawatan jiwa pada Ny. D dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, pelaksanaan implementasi tidak hanya berfokus pada pemenuhan kebutuhan fisik, melainkan lebih menitikberatkan pada aspek psikososial, adaptasi kognitif, dan peningkatan kemampuan pemecahan masalah secara mandiri.

Proses implementasi dilakukan secara bertahap dan berkesinambungan melalui pendekatan Strategi Pelaksanaan (SP) yang terstruktur, yang diintegrasikan dengan terapi inovatif berupa Terapi Storytelling (bercerita). Setiap sesi implementasi dikawal ketat menggunakan instrumen Format Evaluasi Tanda dan Gejala Halusinasi yang dinilai sebelum (pre-test) dan sesudah (post-test) intervensi dilakukan.

No.	Tanggal	Implementasi	Hasil
1.	4 Mei 2026 08.00- 09.00	Pengkajian Tanda & Gejala sebelum tindakan	S : 1. Pasien mengatakan pikirannya berisik sekali, suara batin itu bilang saya istri gagal dan lebih baik mati saja 2. Pasien mengatakan sering pusing, telinga berdengung, dan merasa sangat lelah karena suara itu muncul setiap 1-2 jam sekali terutama saat suasana sepi

2.	10.30-11.30	SP 1 (Latih klien melawan halusinasi dengan menghardik):	3. Pasien mengatakan kalau suaranya muncul kadang reflek tampar muka O : 1. Pasien tampak blocking berkali-kali saat diajak bicara, mata melirik ke arah samping (halusinasi), 2. Pasien tangan kanan tampak memukul dahi dan pipi sebanyak 3 kali saat pengkajian. 3. Pasien tampak terdapat bekas kemerahan di pipi kiri. 4. Pasien tampak kontak mata kurang (<2 detik) dan afek tumpul 5. Pasien tampak mondar-mandir di sekitar bed. A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan sp 1 dan sp 2 S : 1. Pasien mengatakan sudah coba usir suaranya pakai tangan di telinga, suaranya agak menjauh sedikit.
----	-------------	--	---

		1. Mengajarkan pasien bahwa suara itu palsu. 2. Saya memeragakan cara menutup telinga dan menghardik "Pergi! Kamu suara palsu, saya tidak mau dengar!". 3. Pasien diminta mengulangi gerakan tersebut sampai bisa. SP 2 (Latih klien mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek): 1. Mengajarkan pasien untuk tetap beraktivitas dan bersikap cuek saat suara datang, 2. Tidak perlu dilawan	O : 1. Pasien tampak mampu mempraktikkan cara menghardik dengan benar. 2. Pasien tampak perilaku menampar wajah berkurang (hanya 1 kali terlihat setelah latihan). 3. Pasien tampak lebih kooperatif meskipun masih terlihat tegang. A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan sp 3
--	--	---	--

		dengan amarah atau tamparan, 3. Cukup abaikan dan anggap suara itu seperti angin lalu.	
3.	13.00-14.00	SP 3 (Latih klien mengalihkan halusinasi dengan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan secara teratur): 1. Saya menceritakan kehidupan terlebih dahulu untuk menarik perhatian pasien. 2. Setelah itu, saya memancing Ny. D untuk menceritakan kembali apa yang dia pernah lakukan 3. Selama Ny. D bercerita saya memberikan	S : 1. Pasien mengatakan pas lagi cerita tadi suara bisikannya masih jarang jarang. 2. Pasien mengatakan lagi tidak mau diajak bercerita, pikiran sedang bising sekali. Menghardik tadi belum sepenuhnya hilang. O : 1. Pasien tampak Selama 15 menit sesi Storytelling pasien 5 kali melakukan otomatisme (menampar wajah). 2. Pasien tampak kontak mata meningkat menjadi 3-5 detik. 3. Pasien tampak tersenyum tipis saat dipuji. 4. Pasien mampu menyebutkan kembali apa yang diceritanya

4.	14..40	penguatan positif agar Ny. D fokus pada apa yang diceritakan dan melupakan bisikan batinnya EVALUASI HARI KE-1	A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan evaluasi dan sp 3 S : 1. Pasien mengatakan bisikan masih ada tapi frekuensinya terasa sedikit berkurang setelah latihan menghardik. 2. Pasien mengatakan lagi tidak mau diajak bercerita, pikiran sedang bising sekali. O : 1. Pasien tampak mampu menghardik secara mandiri 2 kali saat bisikan muncul di sore hari. 2. Perilaku otomatisme (menampar wajah) berkurang dari >5 kali menjadi 5 kali selama shift pagi-siang. 3. Pasien masih tampak bekas kemerahan di dahi
----	--------	--	---

			4. Pasien tampak kontak mata masih perlu ditingkatkan. A : Masalah teratasi sebagian (pasien mampu menggunakan teknik distraksi) P : Intervensi dilanjutkan evaluasi jadwal menghardik dan tingkatkan durasi Terapi Storytelling di hari kedua untuk memperkuat distraksi.
--	--	--	---

Tabel 3. 2 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Hari 1

No.	Tanda dan Gejala Pertemuan 1	Sebelum Terapi		Sesudah Terapi	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1.	Tanda Gejala Mayor Subyektif				
	Mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya	✓		✓	
	Melihat benda, orang, atau sinar, tanpa ada objeknya		✓		✓
	Menghidu bau bauannya yang tidak sedap, seperti bau badan padahal tidak		✓		✓
	Merasakan pengecapan yang tidak enak		✓		✓
	Merasakan rabaan atau gerakan badan		✓		✓
2.	Tanda Gejala Mayor Obyektif				
	Bicara sendiri	✓		✓	
	Tertawa sendiri	✓		✓	
	Melihat ke satu arah	✓		✓	
	Mengarah telinga ke arah tertentu	✓			✓
	Tidak dapat memfokuskan pikiran	✓		✓	
	Diam sambil menikmati halusinansinya	✓		✓	
3.	Tanda Gejala Minor Subyektif				
	Sulit tidur	✓		✓	

	Khawatir	✓		✓	
	Takut	✓		✓	
4.	Tanda Gejala Minor Obyektif				
	Konsentrasi buruk	✓		✓	
	Disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi		✓		✓
	Afek datar	✓		✓	
	Curiga	✓		✓	
	Menyendiri, Melamun	✓		✓	
	Mondar Mandir	✓			✓
	Kurang mampu merawat diri		✓		✓
	Total	15	6	13	8

Tabel 3. 3 Lembar Observasi Tanda Dan Gejala Halusinasi Pertemuan 1

No.	Tanda dan Gejala Pertemuan 2	Sebelum Terapi		Sesudah Terapi	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1.	Tanda Gejala Mayor Subyektif				
	Mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya	✓		✓	
	Melihat benda, orang, atau sinar, tanpa ada objeknya		✓		✓
	Menghidu bau bauannya yang tidak sedap, seperti bau badan padahal tidak		✓		✓
	Merasakan pengecapan yang tidak enak		✓		✓
	Merasakan rabaan atau gerakan badan		✓		✓
2.	Tanda Gejala Mayor Obyektif				
	Bicara sendiri	✓		✓	
	Tertawa sendiri	✓		✓	
	Melihat ke satu arah	✓		✓	
	Mengarah telinga ke arah tertentu		✓		✓
	Tidak dapat memfokuskan pikiran	✓		✓	
	Diam sambil menikmati halusinansinya	✓		✓	
3.	Tanda Gejala Minor Subyektif				
	Sulit tidur	✓		✓	
	Khawatir	✓		✓	
	Takut	✓		✓	
4.	Tanda Gejala Minor Obyektif				
	Konsentrasi buruk	✓		✓	
	Disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi		✓		✓
	Afek datar	✓		✓	

	Curiga	✓			✓
	Menyendiri, Melamun	✓		✓	
	Mondar Mandir		✓		✓
	Kurang mampu merawat diri		✓		✓
	Total	13	8	12	9

Tabel 3. 4 Lembar Observasi Tanda Dan Gejala Halusinasi Pertemuan 2

Pertemuan 1 (Hari Ke-1): Tindakan difokuskan pada pengenalan halusinasi dan pelatihan teknik menghardik (SP 1) serta edukasi obat (SP 2). Berdasarkan data Tabel 3.3, pada kondisi Sebelum Terapi ditemukan 15 gejala positif (skor 15) termasuk perilaku bising, bicara sendiri, dan tindakan otomatisme menampar wajah. Setelah diberikan intervensi, hasil Sesudah Terapi menunjukkan penurunan menjadi 13 gejala positif (skor 13), di mana pasien berhasil mengontrol tanda mengarahkan telinga ke arah tertentu dan menghentikan perilaku motorik mondar-mandir.

Pertemuan 2 (Hari Ke-2): Berfokus pada inisiasi awal SP 3 melalui pengenalan inovasi Terapi Storytelling. Berdasarkan Tabel 3.4, data Sebelum Terapi mencatat 13 gejala positif (skor 13). Meskipun proses implementasi sempat terhambat akibat pikiran pasien yang bising di sore hari dan memicu penolakan awal, pendekatan persuasif yang dilakukan tetap mampu memberikan pengaruh adaptif, ditandai dengan hasil Sesudah Terapi yang menurun menjadi 12 gejala positif (skor 12) dengan hilangnya indikator tanda gejala minor objektif berupa sikap curiga.

Pada hari pertama intervensi, Ny. D menunjukkan tanda dan gejala halusinasi pendengaran dalam fase yang berat. Secara subjektif, pasien melaporkan bahwa suara batin di kepalanya muncul hampir sepanjang waktu dengan isi pesan yang sangat menghina dan memerintah untuk mengakhiri hidup. Hal ini berdampak langsung pada respon psikologis pasien yang tampak sangat gelisah, waspada berlebihan, dan mengalami kelelahan mental.

Secara objektif, tanda gejala mayor halusinasi terlihat jelas melalui perilaku blocking (pasien tiba-tiba berhenti bicara dan terdiam seperti mendengarkan sesuatu), serta sering terlihat bicara dan senyum sendiri tanpa stimulus nyata. Yang paling krusial, pada hari pertama ini, gejala risiko mencederai diri melalui perilaku otomatisme masih sangat aktif pasien teramati menampar dahi dan pipinya sendiri sebanyak 5 kali sebagai respon spontan untuk mengusir bisikan tersebut.

Meskipun telah mengajarkan SP 1 (Menghardik) dan mulai memperkenalkan terapi storytelling, fokus perhatian pasien masih sangat mudah terdistraksi oleh halusinasinya. Kontak mata pasien masih sangat buruk (kurang dari 2 detik) dan ia cenderung menarik diri dari interaksi lingkungan. Berdasarkan hasil pemantauan hari pertama, dapat disimpulkan bahwa masalah belum menunjukkan perubahan bermakna. Pasien masih sangat bergantung pada kehadiran perawat untuk mengalihkan pikirannya, sehingga intervensi perlu dilanjutkan dengan pengawasan ketat terhadap keamanan fisik pasien.

Pada implementasi hari pertama, ditemukan hambatan berupa penolakan awal dari Ny. D. Pasien secara terbuka menyatakan tidak menyukai intervensi storytelling karena merasa terbebani di tengah bisingnya halusinasi pendengaran yang ia alami. Meskipun demikian, penulis memutuskan tetap melanjutkan intervensi tersebut. Keputusan klinis ini diambil berdasarkan landasan teoritis bahwa pada fase akut, penolakan pasien adalah bentuk mekanisme pertahanan diri terhadap kecemasan internal.

Jika intervensi dihentikan, pasien akan kembali terhanyut dalam halusinasinya dan memicu perilaku otomatisme menyakiti diri. Penulis mengevaluasi bahwa ulasan tindakan untuk besok harinya perlu berfokus pada pendekatan emosional yang lebih lunak dengan menyajikan topik cerita yang bersifat personal dan menyenangkan bagi pasien

No.	Tanggal	Implementasi	Hasil
1.	5 Mei 2026 09.00 - 10.00	Memonitor Tanda & Gejala setelah pemberian tindakan satu hari	S : 1. Pasien mengatakan semalam masih mendengar suara bisikan sekitar 2 kali saat terbangun di dini hari. 2. Pasien mengatakan sudah coba menghardik seperti yang diajarkan kemarin, suaranya agak berkurang tapi saya masih merasa gelisah kalau suasana sepi. 3. Pasien mengatakan menampar wajah 2 kali sejak tadi pagi. O : 1. Pasien tampak duduk di pinggir tempat tidur, sudah mandi dan rapi. 2. Pasien tampak kontak mata tampak membaik (bisa bertahan 3 detik) 3. Pasien tidak tampak perilaku otomatisme (menampar wajah) di pagi hari

			4. Pasien afek masih tampak sedikit tumpul namun pasien sudah mau menyapa perawat terlebih dahulu. A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan mengevaluasi sp 3
2.	09.00 - 10.00	Mengevaluasi Sp 1 & Sp 2 dan Serta Mengulang kembali Sp 3 (Story Telling) 1. Menanyakan kembali jadwal latihan menghardik dan sikap cuek. 2. Pasien mampu memeragakan menghardik dengan benar tanpa bantuan. 3. Saya mengajak pasien bercerita lebih dalam. 4. Pasien diminta menceritakan pengalaman positif	S: 1. Pasien mengatakan senang cerita soal pengalamannya dulu, jadi lupa sama suara-suara bathinnya. 2. Pasien merasa lebih percaya diri karena mendengarkan ceritanya dengan antusias. O: 1. Pasien tampak bercerita selama 20 menit dengan lancar. 2. Pasien tampak fokus pasien sepenuhnya tertuju pada topik

		di masa lalu (misalnya saat memasak atau berkumpul keluarga). 5. Selama bercerita, Saya mengajak Ny. D untuk berbicara dengan volume suara yang lebih jelas dan memperhatikan lawan bicara.	pembicaraan (tidak ada tanda-tanda blocking). 3. Pasien tampak tersenyum beberapa kali saat menceritakan hal yang lucu. A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan mengevaluasi sp 3
3.	13.00-13.30	Mengevaluasi Sp 3 (Dengan Interaksi) 1. Memotivasi pasien untuk menerapkan teknik bercerita atau mengajak ngobrol teman satu ruangan, jika bisikan mulai muncul di siang hari. 2. Memberikan pujian karena pasien mampu menahan diri untuk tidak mencederai diri	S: 1. Pasien mengatakan saya coba tanya teman satu paviliun lagi apa, suaranya jadi tidak terdengar karena saya fokus mendengarkan jawaban dia. 2. Pasien mengatakan ternyata kalau topiknya kesukaan, ceritanya jadi agak seru. Suara-suara bisikan tadi sempat hilang sebentar pas saya mikir kalimat cerita.

		(menampar wajah) selama 24 jam terakhir.	O: 1. Pasien tampak berani mendekati teman sekamar. 2. Pasien tampak perilaku menampar wajah (otomatisme) 3 kali. 3. Pasien tampak bekas kemerahan di dahi mulai memudar secara signifikan. A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan melatih terapi Storytelling
--	--	--	---

Tabel 3. 5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Hari 2

No.	Tanda dan Gejala Pertemuan 3	Sebelum Terapi		Sesudah Terapi	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1.	Tanda Gejala Mayor Subyektif				
	Mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya	✓		✓	
	Melihat benda, orang, atau sinar, tanpa ada objeknya		✓		✓
	Menghidu bau bauannya yang tidak sedap, seperti bau badan padahal tidak		✓		✓
	Merasakan pengecapan yang tidak enak		✓		✓
	Merasakan rabaan atau gerakan badan		✓		✓
2.	Tanda Gejala Mayor Obyektif				
	Bicara sendiri	✓		✓	
	Tertawa sendiri	✓		✓	
	Melihat ke satu arah	✓		✓	
	Mengarah telinga ke arah tertentu		✓		✓

	Tidak dapat memfokuskan pikiran		✓		✓
	Diam sambil menikmati halusinansinya		✓		✓
3.	Tanda Gejala Minor Subyektif				
	Sulit tidur	✓		✓	
	Khawatir	✓		✓	
	Takut	✓		✓	
4.	Tanda Gejala Minor Obyektif				
	Konsentrasi buruk	✓			✓
	Disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi		✓		✓
	Afek datar	✓			✓
	Curiga		✓		✓
	Menyendiri, Melamun	✓			✓
	Mondar Mandir		✓		✓
	Kurang mampu merawat diri		✓		✓
	Total	10	11	7	14

Tabel 3. 6 Lembar Observasi Tanda Dan Gejala Halusinasi Pertemuan 3

Pertemuan 3 (Hari Ke-2) Evaluasi berkala terhadap SP 1-2 serta penguatan secara intensif melalui modifikasi teknik bercakap-cakap ke dalam bentuk inovasi Terapi Storytelling (Bercerita Terarah). Berdasarkan rekaman data klinis pada Tabel 3.5 Lembar Observasi Tanda Dan Gejala Halusinasi Pertemuan 3, pada kondisi Sebelum Terapi, jumlah keluhan Ny. D telah mengalami penyusutan menjadi 10 gejala positif (total skor 10). Pada fase ini, tanda gejala mayor objektif yang tersisa hanyalah perilaku bicara sendiri, tertawa sendiri, dan melihat ke satu arah, sementara indikator tidak dapat memfokuskan pikiran dan diam menikmati halusinasi sudah berhasil bernilai negatif.

Melalui stimulasi kognitif terarah dari aktivitas bercerita selama 15–20 menit, hasil pada kolom Sesudah Terapi menunjukkan lonjakan perkembangan adaptif yang sangat signifikan, di mana total keluhan berkurang drastis menjadi hanya 7 gejala positif (total skor 7). Terapi ini secara nyata berhasil memblokir stimulus halusinasi pada domain minor objektif, dibuktikan dengan hilangnya indikator konsentrasi buruk, afek datar, dan perilaku menyendiri/melamun secara simultan, sehingga secara klinis afek pasien mulai mencair menjadi lebih ceria dan responsif.

Pada hari kedua intervensi, Ny. D menunjukkan perkembangan positif namun masih berada dalam kategori masalah teratasi sebagian. Secara subjektif, pasien melaporkan bahwa intensitas bisikan batinnya mulai berkurang dibandingkan hari sebelumnya. Pasien menyatakan bahwa suara tersebut kini tidak terdengar sekeras kemarin dan mulai bisa diabaikan saat ia mencoba berfokus pada aktivitas bercerita yang diajarkan oleh peneliti.

Pasien merasa lebih tenang karena sudah memiliki kesibukan pikiran yang terarah. Secara objektif, tanda dan gejala mayor halusinasi seperti bicara sendiri dan senyum sendiri mengalami penurunan frekuensi. Perilaku blocking teramati hanya sesekali (2-3 kali) selama sesi interaksi. Mengenai perilaku mencederai diri, terdapat kemajuan yang cukup berarti intensitas perilaku otomatisme berupa menampar wajah berkurang menjadi 3 kali dalam sehari (turun dari 5 kali pada hari pertama).

Mengamati bahwa saat dorongan menampar wajah muncul, pasien mulai mampu melakukan teknik menghardik meskipun terkadang masih membutuhkan arahan atau dorongan dari perawat. Kontak mata pasien juga mengalami perbaikan, dari yang sebelumnya kurang dari 2 detik kini meningkat menjadi 3-5 detik. Pasien mulai menunjukkan inisiatif untuk memulai percakapan sederhana dan merespons narasi dalam terapi storytelling dengan ekspresi wajah yang lebih stabil. Meskipun demikian, pasien masih memerlukan pengawasan berkala terutama saat berada di waktu luang yang minim aktivitas, karena stimulus internal masih berisiko muncul kembali. Evaluasi hari kedua menunjukkan bahwa strategi pelaksanaan yang dikombinasikan dengan inovasi terapi mulai memberikan dampak pada pengendalian gejala.

Memasuki hari kedua (Pertemuan 3), terjadi perkembangan emosional yang signifikan pada Ny. D. Melalui modifikasi topik cerita yang disesuaikan dengan preferensi pasien, Ny. D tampak mulai menyukai intervensi sedikit demi sedikit.

Pembicaraan pasien mulai terarah, hambatan blocking berkurang, dan pasien mulai merasakan manfaat langsung berupa hilangnya bisikan saat ia fokus merangkai kata. Berdasarkan hasil evaluasi ini, ulasan rencana tindakan untuk hari esok difokuskan pada pemantapan kemandirian koping dan peletakan dasar regulasi diri pasien melalui penjadwalan harian terstruktur.

No.	Tanggal	Implementasi	Hasil
1.	6 Mei 2026 09.00 - 10.00	Melanjutkan Sp 3 dan mengevaluasi sp 3: 1. Meminta pasien menjelaskan kembali cara yang telah dipelajari. 2. Pasien menceritakan harapannya setelah pulang ke rumahnya, seperti ingin kembali memasak untuk suaminya dan merawat rumah. 3. Memberikan pujian atas keberhasilan pasien yang mampu bertahan selama 48 jam tanpa melakukan tindakan mencederai diri. 4. Membantu pasien memasukkan waktu	S: 1. Pasien mengatakan merasa jauh lebih tenang dan percaya diri. 2. Pasien mengatakan bisikan hampir tidak terdengar lagi dan sudah tahu cara melawannya jika muncul kembali. 3. Pasien menyatakan sudah tidak ada lagi keinginan untuk menyakiti diri sendiri. 4. Pasien mengatakan sudah hafal cara menghardik dan saya senang sekali latihan cerita kemarin. Saya sudah tulis kegiatan bercerita ini di jadwal

		Bercerita/Mengobrol ke dalam jadwal kegiatan harian di rumah sebagai metode pencegahan kekambuhan. 5. Memberikan pesan kepada suami pasien (sebagai pendukung utama) untuk selalu meluangkan waktu mendengarkan Ny. D bercerita agar pasien tidak merasa kesepian (mencegah Isolasi Sosial).	harian saya setelah sarapan pagi. O: 1. Pasien tampak mandiri dalam melakukan SP 1, SP 2, dan SP 3. 2. Perilaku pasien tampak otomatisme 1 kali menampar wajah. 3. Pasien tampak Kontak mata sangat baik, afek ceria/serasi. 4. Pasien tampak aktif berinteraksi dengan lingkungan sekitar tanpa perlu dipacu. 5. Ny. D tampak kooperatif, tersenyum serasi, dan secara mandiri menunjukkan lembar kertas jadwal harian yang telah memasukkan aktivitas Terapi Storytelling ke dalamnya. A: Masalah teratasi P:
--	--	--	--

			1. Intervensi dihentikan keperawatan di rumah sakit. 2. Delegasikan pengawasan minum obat (Olanzapine, Zipren ODT) dan dukungan psikososial kepada keluarga (Suami). 3. Anjurkan kontrol rutin ke poli jiwa RSPAD sesuai jadwal.
--	--	--	--

Tabel 3. 7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Hari 3

No.	Tanda dan Gejala Pertemuan 4	Sebelum Terapi		Sesudah Terapi	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1.	Tanda Gejala Mayor Subyektif				
	Mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya	✓		✓	
	Melihat benda, orang, atau sinar, tanpa ada objeknya		✓		✓
	Menghidu bau bauannya yang tidak sedap, seperti bau badan padahal tidak		✓		✓
	Merasakan pengecapan yang tidak enak		✓		✓
	Merasakan rabaan atau gerakan badan		✓		✓
2.	Tanda Gejala Mayor Obyektif				
	Bicara sendiri	✓		✓	
	Tertawa sendiri	✓			✓
	Melihat ke satu arah	✓		✓	
	Mengarah telinga ke arah tertentu		✓		✓
	Tidak dapat memfokuskan pikiran		✓		✓
	Diam sambil menikmati halusinansinya		✓		✓
3.	Tanda Gejala Minor Subyektif				
	Sulit tidur	✓		✓	

	Khawatir	✓			✓
	Takut	✓			✓
4.	Tanda Gejala Minor Obyektif				
	Konsentrasi buruk		✓		✓
	Disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi		✓		✓
	Afek datar		✓		✓
	Curiga		✓		✓
	Menyendiri, Melamun		✓		✓
	Mondar Mandir		✓		✓
	Kurang mampu merawat diri		✓		✓
	Total	7	14	4	17

Tabel 3. 8 Lembar Observasi Tanda Dan Gejala Halusinasi Pertemuan 4

Pertemuan 4 (Hari Ke-3) Sesi akhir yang difokuskan pada terminasi, generalisasi, serta latihan memasukkan aktivitas bercerita ke dalam jadwal harian mandiri pasien sebagai strategi preventif pasca-pulang. Merujuk pada data Tabel 3.6 Lembar Observasi Tanda Dan Gejala Halusinasi Pertemuan 4, pada pengkajian awal Sebelum Terapi, kondisi pasien terpantau stabil dengan menetap pada angka 7 gejala positif (total skor 7). Setelah pelaksanaan intervensi akhir dilakukan, evaluasi pada kolom Sesudah Terapi mencatat pencapaian klinis yang luar biasa, di mana total keluhan menyusut hingga menyisakan hanya 4 gejala positif (total skor 4).

Pasien berhasil mengeliminasi indikator tanda gejala mayor objektif tertawa sendiri, serta tanda gejala minor subjektif berupa perasaan khawatir dan takut. Gejala minimal yang masih tersisa pada akhir pertemuan hanyalah keluhan subjektif mendengar suara (yang dilaporkan pasien sudah sangat sayup), perilaku objektif bicara sendiri serta melihat ke satu arah yang bersifat minimal, dan keluhan minor sulit tidur. Hebatnya, seluruh 7 indikator pada domain tanda gejala minor objektif (konsentrasi buruk, disorientasi, afek datar, curiga, menyendiri, mondar-mandir, dan kurang perawatan diri) secara mutlak berhasil dipertahankan pada kolom "Tidak" (skor 0), yang menandakan

pulihnya orientasi realitas dan kesiapan psikologis pasien untuk didelegasikan perawatannya di lingkungan rumah.

Pada hari ketiga intervensi, Ny. D menunjukkan pencapaian yang signifikan dalam mengontrol gangguan persepsinya, meskipun tanda-tanda halusinasi belum hilang sepenuhnya. Secara subjektif, pasien melaporkan bahwa bisikan batinnya sudah jauh berkurang dan terdengar sangat sayup. Pasien menyatakan sudah lebih mampu mengalihkan pikiran secara mandiri jika bisikan tersebut muncul, terutama dengan cara mengulang-ulang alur cerita dalam terapi storytelling atau mengajak bicara teman sejawat. Pasien menyatakan merasa jauh lebih tenang dan memiliki harapan untuk segera kembali ke rumah.

Secara objektif, gejala mayor halusinasi seperti bicara sendiri dan senyum sendiri sudah tidak ditemukan selama masa interaksi. Namun mengamati bahwa tanda halusinasi masih muncul dalam frekuensi yang sangat minimal perilaku otomatisme menampar dahi masih teramati sebanyak 1 kali dengan intensitas yang sangat ringan dan durasi yang sangat singkat. Menariknya, pada hari ketiga ini pasien menunjukkan kesadaran diri yang tinggi (self-awareness) dengan segera menghentikan perilaku tersebut secara mandiri dan langsung melakukan teknik menghardik tanpa perlu diingatkan lagi. Kontak mata pasien kini sudah sangat baik dan stabil (lebih dari 10 detik) serta mampu mempertahankan fokus selama sesi komunikasi berlangsung. Pasien tampak kooperatif, afek wajah ceria dan serasi dengan suasana pembicaraan.

Hasil evaluasi pada hari terakhir ini menunjukkan bahwa masalah gangguan persepsi sensori dan risiko mencederai diri telah teratasi sebagian menuju mandiri. Memutuskan untuk mengakhiri intervensi dan mendelegasikan pengawasan serta dukungan psikososial kepada keluarga (suami) agar teknik distraksi ini tetap dilanjutkan secara konsisten. Pada hari pertemuan ke 4, intervensi inovasi mencapai puncaknya di mana Ny. D menunjukkan penerimaan penuh terhadap terapi.

Pasien secara sadar dan mandiri memasukkan aktivitas storytelling ke dalam jadwal kegiatan harian individunya di Ruang Amino. Hal ini membuktikan bahwa intervensi tidak hanya berfungsi sebagai pengalih sesaat di hadapan penulis, melainkan telah diinternalisasi oleh pasien sebagai strategi koping baru yang menyenangkan dan adaptif. Ulasan jangka panjang dari akhir asuhan ini menekankan pentingnya delegasi tindakan kepada perawat ruangan dan keluarga untuk menjaga konsistensi jadwal aktivitas tersebut guna mencegah risiko terjadinya kekambuhan (relapse) di masa mendatang.

F. Metode Pengumpulan Studi Kasus

Metode pengumpulan data dalam studi ini dilakukan secara menyeluruh menggunakan beberapa teknik utama agar dapat mendapatkan informasi yang lengkap dan menyeluruh. Pertama, peneliti melakukan wawancara yang mendalam dengan subjek untuk mengeksplorasi pengalaman sensoris dan perasaan yang mereka rasakan saat halusinasi terjadi. Kedua, dilakukan observasi partisipatif untuk mengamati perilaku non-verbal dan respons motorik pasien selama masa perawatan. Ketiga, para peneliti melakukan studi dokumentasi dengan melihat catatan medis pasien untuk mendapatkan data sekunder mengenai riwayat kesehatan, diagnosis psikiatri, dan jenis terapi obat yang telah diberikan, seperti penggunaan Aripiprazole dan Kalxetin. Semua data yang terkumpul kemudian dituliskan dalam catatan lapangan dan lembar observasi agar informasi yang diperoleh dari lapangan tetap asli dan terjaga.

G. Analisis Data Dan Penyajian Data

Analisis data dalam studi kasus ini menggunakan teknik analisis deskriptif kualitatif dengan pendekatan naratif. Proses analisis dimulai dengan mengumpulkan data, mengurangi data yang tidak relevan, menyajikan data, dan menarik kesimpulan. Data yang didapat dari hasil observasi dan wawancara disusun sesuai dengan langkah-langkah dalam proses keperawatan, mulai dari pengumpulan data hingga penilaian hasil. Peneliti membandingkan perubahan gejala dan tanda sebelum dan setelah pemberian teknik Storytelling untuk

mengevaluasi tren peningkatan kondisi klinis. Hasil analisis data kemudian disajikan dalam bentuk narasi deskriptif yang didukung oleh tabel. Penyajian data secara naratif bertujuan agar dapat menjelaskan dengan jelas bagaimana subjek merespons cara pelayanan keperawatan jiwa yang diberikan secara langsung kepada mereka.

H. Etika Studi Kasus

Dalam melakukan studi kasus ini, peneliti sangat menghargai dan mematuhi prinsip-prinsip etika dalam penelitian kesehatan. Pertama adalah prinsip manfaat (Beneficence), yaitu intervensi yang diberikan bertujuan untuk membantu pasien mengatasi halusinasi tanpa menyebabkan efek samping yang merugikan. Prinsip kedua adalah menghormati martabat manusia, yang diwujudkan dengan memberikan lembar persetujuan kepada wali atau keluarga pasien karena kondisi pasien yang mengalami gangguan jiwa. Ketiga adalah prinsip keadilan, yang berarti menjalani proses penelitian dengan cara yang adil terhadap semua subjek yang terlibat. Peneliti juga menerapkan prinsip kerahasiaan dan anonimitas dengan menggunakan inisial Ny. Dalam seluruh laporan penelitian, data pribadi subyek dijaga kerahasiaannya dari pihak yang tidak berkepentingan, demi melindungi privasi dan hak-hak subyek sebagai pasien.

BAB IV

PEMBAHASAN

Asuhan keperawatan ini dilakukan pada Ny. D, seorang wanita berusia 46 tahun yang dirawat di Ruang Paviliun Amino RSPAD Gatot Soebroto dengan diagnosa medik Skizofrenia Paranoid. Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan utama mengalami halusinasi pendengaran yang tidak terkendali selama dua tahun terakhir. Suara bisikan batin yang didengar pasien bersifat merendahkan harga dirinya dan sering kali memberikan perintah yang mengancam keselamatan.

Kondisi ini memuncak seminggu sebelum masuk rumah sakit, di mana pasien mulai menunjukkan perilaku mencederai diri sendiri sebagai respon maladaptif terhadap bisikan tersebut. Selama masa hospitalisasi, pasien tampak menarik diri dari interaksi sosial, memiliki kontak mata yang buruk, dan sering kali teramati melakukan gerakan otomatisme berupa menampar wajah secara berulang. Fokus asuhan keperawatan yang diberikan bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dan meredam perilaku mencederai diri melalui pendekatan generalis Strategi Pelaksanaan (SP) yang dikombinasikan dengan inovasi terapi storytelling.

A. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 4 Mei 2026 di Ruang Paviliun Amino RSPAD Gatot Soebroto, ditemukan bahwa Ny. D (46 tahun) mengalami tanda dan gejala mayor gangguan halusinasi pendengaran. Data subjektif menunjukkan pasien mendengar suara bisikan batin yang bersifat menghina dan memerintah untuk menyakiti diri sendiri. Secara objektif, pasien tampak bicara sendiri, senyum sendiri, dan mengalami blocking (tiba-tiba terdiam). Temuan ini sejalan dengan teori skizofrenia yang menyatakan bahwa 70% penderita mengalami halusinasi pendengaran yang mengganggu arus pikir dan persepsi (Andrini et al., 2024).

Penulis menganalisis bahwa fenomena yang dialami Ny. D berada pada fase halusinasi yang berat. Hal ini dibuktikan dengan munculnya perilaku otomatisme berupa menampar dahi dan wajah sebanyak 5-6 kali sehari sebagai respon terhadap bisikan tersebut. Perilaku mencederai diri ini merupakan bentuk manifestasi dari risiko perilaku kekerasan yang diarahkan pada diri sendiri (Autoagresi).

Menurut Hikmawati et al. (2025), pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan seringkali kehilangan kontrol diri akibat kegagalan kognitif dalam menyaring stimulus internal yang mengancam, sehingga memunculkan tindakan fisik sebagai upaya pertahanan diri yang maladaptif. Lebih lanjut, pengkajian pada Ny. D menunjukkan adanya kesenjangan komunikasi dan penurunan kontak mata yang signifikan (<2 detik). Hal ini menandakan bahwa pasien lebih fokus pada dunia internalnya dibandingkan lingkungan eksternal.

Nurjannah et al. (2024) menjelaskan bahwa tanda dan gejala halusinasi yang tidak teratasi secara efektif melalui generalis keperawatan dapat memperburuk kondisi psikotik pasien. Pada kasus Ny. D, penggunaan teknik distraksi konvensional sebelumnya belum mampu meredam perilaku otomatisme tersebut secara maksimal, sehingga diperlukan pendekatan inovatif seperti storytelling untuk meningkatkan keterlibatan kognitif dan interaksi sosial pasien. Penulis menyimpulkan bahwa data pengkajian Ny. D memberikan justifikasi klinis yang kuat untuk penerapan terapi storytelling sebagai upaya menurunkan intensitas gejala halusinasi dan mencegah cedera fisik lebih lanjut.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil analisis data pengkajian, penulis menegakkan tiga diagnosa keperawatan utama yang saling berkaitan pada Ny. D, yaitu: Gangguan Halusinasi, Risiko Bunuh Diri (Mencederai Diri), dan Isolasi Sosial. Penegakan ketiga diagnosa ini didasarkan pada pola respon maladaptif pasien terhadap stresor psikotik yang dialaminya.

Diagnosa pertama, Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran, merupakan masalah utama (core problem) yang memicu munculnya diagnosa lainnya. Halusinasi yang dialami Ny. D berada pada fase berat, di mana suara bisikan batin tersebut sangat mendominasi kesadaran pasien. Menurut Andrini et al. (2024), halusinasi pendengaran yang tidak terkontrol akan menyebabkan distorsi kognitif yang parah, membuat pasien sulit membedakan realitas sehingga bermanifestasi pada perilaku bicara dan senyum sendiri yang ditemukan pada Ny. D.

Diagnosa kedua, yaitu Isolasi Sosial, ditegakkan karena adanya data objektif berupa penurunan kontak mata (<2 detik) dan kecenderungan pasien untuk menarik diri dari lingkungan Ruang Amino. Penulis menganalisis bahwa isolasi sosial pada Ny. D merupakan mekanisme pertahanan diri sekaligus dampak dari halusinasinya. Ketika pasien terlalu asyik dengan suara batinnya, ia secara otomatis memutus interaksi dengan dunia luar. Hal ini sejalan dengan pendapat Andrini et al. (2024) bahwa terapi bercakap-cakap sangat penting karena isolasi sosial yang berkepanjangan akan memberikan ruang bagi halusinasi untuk berkembang lebih masif karena minimnya stimulus eksternal yang nyata.

Diagnosa ketiga, Risiko Bunuh Diri (Mencederai Diri), merupakan dampak paling kritis dari kegagalan pasien dalam mengontrol halusinasi dan rasa terisolasi tersebut. Perilaku otomatisme menampar wajah sebanyak 5-6 kali merupakan bentuk agresi yang tidak terkontrol. Menurut Hikmawati et al. (2025), isolasi sosial dapat memperburuk risiko perilaku

kekerasan atau mencederai diri karena pasien tidak memiliki media untuk menyalurkan emosi dan pikirannya secara konstruktif kepada orang lain. Pada kasus Ny. D, ketidakmampuan mengungkapkan perasaan secara verbal membuat tekanan internal akibat bisikan tersebut beralih menjadi tindakan fisik (otomatisme).

Penulis menyimpulkan bahwa ketiga diagnosa ini membentuk suatu hubungan yaitu isolasi sosial memicu halusinasi yang lebih berat, dan halusinasi yang berat memicu tindakan mencederai diri. Oleh karena itu, pendekatan melalui terapi storytelling yang bersifat interaktif dipilih karena mampu menasar ketiga masalah ini sekaligus sebagai media distraksi halusinasi, sarana meningkatkan interaksi sosial, serta teknik de-eskalasi untuk meredam dorongan mencederai diri (Nurjannah et al., 2024).

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang disusun oleh penulis berfokus pada pemutusan rantai halusinasi dan pengalihan perilaku mal-adaptif Ny. D. Penulis menerapkan Strategi Pelaksanaan (SP) 1-4 generalis yang dimodifikasi dengan inovasi terapi storytelling. Penulis berpendapat bahwa intervensi standar perlu diperkuat dengan aktivitas kognitif yang lebih kompleks agar pasien benar-benar terdistraksi dari bisikan batinnya.

Pada tahap awal, penulis melakukan SP 1 (Latih klien melawan halusinasi dengan menghardik). Penulis mengajarkan Ny. D untuk mengidentifikasi waktu munculnya bisikan serta cara menghalau suara tersebut secara verbal. Mengingat Ny. D memiliki perilaku otomatisme (menampar wajah), penulis menekankan bahwa teknik menghardik adalah cara primer untuk memutus stimulus internal sebelum dorongan fisik muncul.

Selanjutnya, penulis melakukan SP 2 (Latih klien mengabaikan halusinasi dengan bersikap cuek). Pada tahap ini, penulis melatih Ny. D

untuk tidak mempedulikan isi bisikan yang merendahkan diri. Sikap cuek bertujuan untuk menurunkan respon emosional pasien terhadap halusinasi. Hal ini sejalan dengan teori dalam Andrini et al. (2024) bahwa pengabaian terhadap stimulus palsu dapat membantu menstabilkan arus pikir pasien skizofrenia di ruang akut.

Inti dari inovasi dalam studi kasus ini terletak pada SP 3 (Latih klien mengalihkan halusinasi dengan bercakap-cakap dan melakukan kegiatan secara teratur). Pada tahap ini, intervensi dikembangkan melalui Konsep Terapi Storytelling sebagai media bercakap-cakap yang terstruktur. Penulis mengajak Ny. D menyusun narasi positif tentang pengalaman hidupnya. Penulis menganalisis bahwa saat Ny. D terlibat dalam storytelling, beban kognitifnya dialihkan sepenuhnya untuk menyusun alur cerita, sehingga area auditori di otaknya tidak lagi memberikan ruang bagi halusinasi. Hal ini diperkuat oleh Hikmawati et al. (2025) yang menyebutkan bahwa terapi bercerita mampu meningkatkan kontrol diri dan meredam dorongan mencederai diri melalui pengalihan fokus sensorik yang bermakna.

D. Implementasi Dan Hasil

Pada hari pertama, intervensi difokuskan pada fondasi pengendalian gejala melalui SP 1 (Menghardik) dan SP 2 (Sikap Cuek). Penulis melakukan kontrak waktu selama 20-30 menit di ruang Paviliun Amino. Data menunjukkan bahwa kondisi Ny. D masih berada pada fase krisis persepsi yang berat. Secara subjektif, Ny. D mengeluh bahwa suara "bisikan batin" dalam kepalanya terdengar sangat nyata, menghina, dan terus-menerus memerintahkannya untuk menyakiti diri sendiri. Pasien merasa lelah secara mental karena tidak mampu menghentikan suara tersebut. Secara objektif, tanda-tanda halusinasi mayor sangat dominan pasien sering mengalami blocking di tengah pembicaraan, bicara sendiri, dan senyum sendiri tanpa stimulus. Masalah yang paling krusial pada hari pertama adalah ditemukannya perilaku otomatisme berupa menampar wajah dan dahi sebanyak 6 kali dalam satu periode observasi. Penulis

menganalisis bahwa pada tahap ini, Ny. D baru mulai mengenal teknik menghardik namun belum mampu menginternalisasinya sebagai koping mandiri, sehingga dorongan fisik (menampar) masih menjadi respon utama untuk meredam kecemasan akibat bisikan tersebut. Kontak mata pasien masih sangat minim (<2 detik) dan afek tampak datar serta waspada.

Pada hari kedua, penulis melanjutkan intervensi ke tahap yang lebih kompleks yaitu SP 3 dengan modifikasi Inovasi Terapi Storytelling. Penulis mengajak Ny. D untuk tidak sekadar bercakap-cakap biasa, melainkan menyusun narasi cerita tentang pengalaman positif masa lalunya atau imajinasi kreatif. Penulis mengamati bahwa saat Ny. D terlibat dalam proses bercerita, terdapat perubahan respon psikososial yang signifikan. Secara subjektif, pasien menyatakan, "Jika saya sibuk menyusun cerita dan mengobrol dengan Anda, pikiran saya jadi penuh dengan hal-hal baik, sehingga suara jahat itu tidak punya tempat lagi untuk masuk." Data menunjukkan kemajuan klinis yang nyata di mana perilaku otomatisme menampar wajah mengalami penurunan drastis menjadi 3 kali. Secara objektif, kontak mata pasien mulai meningkat secara bertahap (3-5 detik), pasien tampak lebih tenang, dan mampu mempertahankan konsentrasi selama sesi storytelling berlangsung tanpa terdistraksi oleh stimulus internal. Penulis berpendapat bahwa beban kognitif yang diberikan melalui aktivitas bercerita berhasil menarik perhatian pasien kembali ke realitas eksternal.

Pada hari ketiga, penulis memperkuat kembali penerapan SP 3 (Terapi Storytelling) secara mandiri untuk memastikan stabilitas koping pasien. Data riil pada hari terakhir ini menunjukkan pencapaian yang optimal dalam asuhan keperawatan jiwa. Secara subjektif, Ny. D menyatakan merasa jauh lebih tenang, percaya diri, dan melaporkan bahwa bisikan batinnya hampir tidak terdengar lagi atau hanya terasa sayup-sayup di kejauhan. Pasien juga menegaskan sudah tidak memiliki keinginan untuk menyakiti diri sendiri. Secara objektif, kemajuan paling membanggakan

terlihat pada angka perilaku otomatisme yang turun menjadi 1 kali (bahkan dalam beberapa observasi terakhir mencapai 0 kali). Fenomena yang menarik adalah ketika dorongan otomatisme muncul 1 kali tersebut, Ny. D menunjukkan self-awareness yang tinggi; ia segera menghentikan tangannya dan langsung mempraktikkan teknik menghardik secara mandiri tanpa perlu diingatkan oleh penulis. Kontak mata pasien sudah sangat baik dan stabil (>10 detik), afek ceria, bicara terarah, dan pasien menunjukkan inisiatif sosial yang baik terhadap lingkungan sekitar. Penulis menyimpulkan bahwa modifikasi SP 3 melalui storytelling secara efektif membantu Ny. D mencapai kemandirian dalam mengontrol halusinasi dan menghilangkan perilaku mencederai diri.

Jurnal Penelitian Andrini, Sriati, & Yosep (2024), Jurnal ini berjudul Intervensi Bercakap-Cakap dan Menulis untuk Mengontrol Halusinasi Pasien Skizofrenia di Ruang Akut. Peneliti menguraikan bahwa skizofrenia merupakan gangguan otak kronis yang merusak proses berpikir dan persepsi. Berdasarkan temuan Andrini et al., sekitar 70% pasien skizofrenia mengalami halusinasi pendengaran. Penelitian ini membuktikan bahwa psikoterapi berupa terapi bercakap-cakap memiliki dampak signifikan dalam menarik pasien keluar dari isolasi dunianya sendiri. Pasien yang diberikan intervensi secara rutin menunjukkan penurunan respon terhadap halusinasi karena perhatian mereka terdistraksi oleh kehadiran lawan bicara. Peneliti membahas bahwa terapi bercakap-cakap bekerja dengan cara mengalihkan halusinasi pasien kepada percakapan yang nyata. Secara teoritis, komunikasi terapeutik membantu pasien meningkatkan harga diri dan memberikan rasa aman, sehingga dorongan untuk merespon stimulus internal (suara bisikan) berkurang. Jurnal ini menyimpulkan bahwa interaksi verbal yang terstruktur adalah modalitas utama yang harus diberikan sebelum pasien diajarkan teknik kontrol lainnya.

Jurnal Penelitian Hikmawati, Razak, & Wijayati (2025), Jurnal ini berjudul Studi Kasus Keperawatan Terapi Bercerita pada Pasien

Skizofrenia Rawat Jalan dengan Risiko Perilaku Kekerasan, Jurnal ini menjadi acuan utama penulis dalam menerapkan modifikasi storytelling. Hikmawati et al. menemukan bahwa Terapi Bercerita (Storytelling) secara efektif membantu meningkatkan kontrol diri pada pasien yang memiliki riwayat risiko perilaku kekerasan (RPK), baik yang diarahkan pada orang lain maupun diri sendiri (autoagresi). Studi kasus mereka menunjukkan bahwa setelah diberikan terapi bercerita, pasien menjadi lebih tenang, mampu mengorganisir pikiran, dan frekuensi kekambuhan gejala menurun. Dalam pembahasannya, Hikmawati menjelaskan bahwa saat pasien diminta untuk bercerita, otak melakukan aktivitas kognitif yang kompleks. Pasien harus mengingat memori, memilih kosakata yang tepat, dan menyusun alur narasi yang logis. Aktivitas ini memberikan "beban kognitif positif" yang secara fisiologis menghambat aktivasi area otak yang memproses halusinasi. Peneliti menekankan bahwa bercerita memberikan kepuasan emosional karena pasien merasa didengarkan, yang pada akhirnya memperkuat mekanisme koping mereka dalam menghadapi bisikan yang mengancam.

Jurnal Penelitian Nurjannah, Wahyuni, & Rosdiar (2024), Jurnal ini berjudul Expressive Writing Therapy pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi, Jurnal ini memberikan landasan mengenai pengukuran gejala secara objektif. Peneliti menggunakan instrumen Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRAT) untuk mengukur tingkat keparahan halusinasi. Hasilnya menunjukkan penurunan skor yang sangat signifikan pada pasien kelolaan. Sebagai contoh, salah satu subjek (Ny. S) mengalami penurunan skor dari fase halusinasi berat (skor 25) menjadi fase sedang (skor 12) setelah diberikan terapi naratif selama 6 hari dengan durasi 20-30 menit per sesi. Nurjannah et al. membahas bahwa teknik ekspresi naratif membantu proses normalisasi proses berpikir. Dengan mengungkapkan apa yang mereka dengar atau rasakan ke dalam bentuk cerita atau tulisan, pasien belajar untuk memahami bahwa gejala tersebut adalah bagian dari penyakit dan bukan kenyataan. Pembahasan ini menekankan bahwa terapi naratif

memberikan kesempatan bagi pasien untuk melakukan self-disclosure (pengungkapan diri) yang krusial untuk menurunkan ketegangan psikologis dan intensitas suara halusinasi yang bersifat memerintah (commanding hallucination).

Setelah memaparkan hasil implementasi pada Ny. D dan meninjau temuan dari literatur terkait, penulis melakukan analisis perbandingan untuk melihat kedalaman efektivitas intervensi yang telah diberikan. Berdasarkan data riil pada Ny. D, ditemukan bahwa penggunaan modifikasi Terapi Storytelling memberikan dampak yang sangat akseleratif terhadap penurunan perilaku otomatisme mencederai diri. Jika pada hari pertama frekuensi menampar wajah tercatat sebanyak 6 kali, maka pada hari ketiga frekuensi tersebut turun secara signifikan menjadi 1 kali. Pencapaian ini memberikan poin analisis yang mendalam jika dikomparasikan dengan temuan dalam jurnal referensi.

Jika merujuk pada penelitian Andrini et al. (2024), ditekankan bahwa terapi bercakap-cakap standar berfungsi sebagai pengalih perhatian (distraction) untuk menarik pasien keluar dari dunianya. Namun, pada kasus Ny. D, penulis tidak hanya melakukan komunikasi interpersonal biasa, tetapi mengembangkannya ke dalam struktur narasi yang lebih kompleks. Perbedaan yang menonjol terlihat pada durasi perbaikan kontak mata pada penelitian Andrini fokus utama adalah pada interaksi sosial secara umum, sedangkan pada Ny. D, aktivitas storytelling yang dilakukan secara intensif terbukti mampu meningkatkan durasi kontak mata dari <2 detik menjadi >10 detik hanya dalam waktu tiga hari perawatan. Hal ini menunjukkan bahwa konten pembicaraan yang bersifat naratif memiliki daya tarik kognitif yang lebih kuat bagi pasien dibandingkan percakapan generalis.

Selanjutnya, dalam membedah hasil temuan Hikmawati et al. (2025), ditemukan bahwa terapi bercerita efektif meningkatkan kontrol diri pada

pasien risiko perilaku kekerasan. Pada penelitian tersebut, fokus intervensi dilakukan pada pasien rawat jalan dengan tujuan stabilitas emosi jangka panjang. Sementara itu, pada kasus Ny. D, penulis menerapkan intervensi ini di ruang akut dengan target yang lebih spesifik, yaitu perilaku otomatisme (menampar wajah). Hasil pada Ny. D menunjukkan keunikan di mana "beban kognitif positif" dari menyusun cerita tidak hanya menenangkan secara emosional, tetapi secara langsung mampu memutus refleks fisik yang tidak sadar. Kecepatan penurunan angka kejadian otomatisme pada Ny. D (dari 6 menjadi 1 kali) memperlihatkan bahwa aplikasi storytelling pada fase akut memiliki potensi besar untuk mencegah cedera fisik lebih dini dibandingkan intervensi standar di komunitas.

Terakhir, jika dibandingkan dengan hasil penelitian Nurjannah et al. (2024) yang menggunakan terapi menulis ekspresif selama 6 hari untuk menurunkan skor PSYRAT, perkembangan Ny. D menunjukkan efisiensi waktu yang sangat baik. Dalam penelitian Nurjannah, proses normalisasi pikir membutuhkan waktu observasi yang lebih panjang (6 hari) untuk mencapai penurunan fase halusinasi. Namun, melalui modifikasi storytelling yang dilakukan penulis selama 3 hari, Ny. D sudah mampu mencapai tahap self-awareness yang tinggi. Hal ini dibuktikan pada hari ketiga, di mana Ny. D menunjukkan inisiatif mandiri untuk melakukan teknik menghardik segera setelah dorongan otomatisme muncul. Penulis menganalisis bahwa penggunaan media lisan (bercerita) memberikan stimulasi auditori dan motorik secara simultan yang lebih cepat diserap oleh pasien dibandingkan media tulisan, sehingga proses internalisasi teknik kontrol halusinasi pada Ny. D berlangsung secara lebih dinamis dan mandiri.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan keseluruhan rangkaian asuhan keperawatan jiwa komprehensif yang telah dilaksanakan pada Ny. D dengan masalah Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran di ruang rawat inap, dapat disimpulkan secara gamblang, utuh, dan mendalam bahwa penerapan kombinasi intervensi standar berupa Strategi Pelaksanaan (SP) 1–3 yang diintegrasikan dengan inovasi Terapi Storytelling (Bercerita Terarah) terbukti memiliki efektivitas yang sangat tinggi dalam menurunkan tanda dan gejala klinis pasien. Jika ditinjau dari aspek teori keperawatan jiwa, kemunculan halusinasi pendengaran diperkuat oleh adanya distorsi kognitif hebat di mana pasien mempersepsikan stimulus internal palsu sebagai suatu realitas eksternal yang nyata.

Pada kasus Ny. D, manifestasi klinis yang ditemukan saat pengkajian awal menunjukkan tingkat kedaruratan yang tinggi, di mana kondisi pasien berada pada rentang eskalasi kritis dari Fase Controlling (Mengendalikan) menuju Fase Conquering (Menaklukkan). Kondisi kritis ini dibuktikan secara nyata melalui adanya halusinasi bising yang bersifat memerintah (commanded hallucination), yang memicu hilangnya kendali diri pasien secara bertahap dan bermanifestasi pada tindakan otomatisme maladaptif berupa perilaku mencederai diri sendiri (self-injury), yaitu menampar wajah sendiri sebanyak lebih dari 5 kali.

Respons fisik otomatis ini merupakan upaya protektif pasien yang sudah berada di ambang batas keputusan akibat ketidakmampuan menahan intensitas bisingnya suara tersebut, yang jika dibiarkan tanpa intervensi segera, berisiko tinggi membuat pasien jatuh sepenuhnya ke dalam fase conquering yang ditandai dengan hilangnya orientasi realitas total dan perilaku amukan destruktif. Data kedaruratan tersebut diperkuat dengan temuan data objektif awal berupa kualitas kontak mata yang sangat kurang (<2 detik), afek datar, melamun, serta mondar-mandir di sekitar tempat tidur.

Guna memotong jalur eskalasi halusinasi agar tidak jatuh ke fase conquering tersebut, penegakan diagnosis keperawatan jiwa dilakukan secara cepat dan tepat mengacu pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), yaitu Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi Pendengaran. Melalui ketepatan diagnosis ini, perencanaan intervensi dirancang secara akurat berbasis bukti (evidence-based nursing practice) dengan memadukan latihan menghardik halusinasi (SP 1), edukasi kepatuhan obat (SP 2), dan modifikasi teknik bercakap-cakap (SP 3) ke dalam bentuk inovasi Terapi Storytelling. Secara teoretis, inovasi Terapi Storytelling ini bekerja sebagai stimulator kognitif yang memberikan "beban kognitif positif" (positive cognitive load) pada otak pasien.

Saat Ny. D distimulasi secara terapeutik untuk mengingat, merangkai kalimat, dan menceritakan kembali pengalaman positif masa lalu atau harapannya, fokus area Broca dan Wernicke di otak dipaksa untuk aktif memproses stimulus komunikasi eksternal yang nyata. Proses neurologis dan kognitif inilah yang secara otomatis memblokir serta menekan stimulus internal palsu dari halusinasinya, sehingga intensitas dan frekuensi bisikan bising dapat diredam secara signifikan.

Dalam pelaksanaannya, implementasi keperawatan jiwa ini dilakukan secara bertahap dan adaptif selama tiga hari perawatan yang terbagi ke dalam empat sesi pertemuan dinamis, dengan pemantauan perkembangan hasil menggunakan instrumen Format Lembar Observasi Tanda dan Gejala Halusinasi (21 indikator). Hasil rekaman klinis pada lembar observasi tersebut menunjukkan kemajuan bertahap pasien yang sangat terstruktur.

Hasil akhir dari evaluasi asuhan keperawatan yang terintegrasi ini membuktikan secara gamblang keberhasilan dari intervensi kombinasi tersebut. Parameter kuantitatif menunjukkan bahwa perilaku otomatisme mencederai diri sendiri berupa menampar wajah berhasil diturunkan secara drastis dari yang awalnya 6 kali pada hari pertama, menyusut menjadi 3 kali pada hari kedua, dan

akhirnya berkurang hingga tersisa hanya 1 kali pada evaluasi akhir, disertai dengan bekas kemerahan di dahi pasien yang terpantau memudar secara signifikan.

Secara kualitatif, kualitas kontak mata Ny. D meningkat dari yang semula buruk (<2 detik) menjadi sangat adekuat (3–5 detik), afek tumpulnya berhasil mencair menjadi afek yang ceria serta responsif ditandai dengan kemampuan pasien tersenyum tulus saat berinteraksi, dan secara subjektif pasien menyatakan pikirannya jauh lebih tenang, merasa bahagia karena ceritanya didengarkan dengan antusias, serta melaporkan bahwa bisikan halusinasinya hampir tidak terdengar lagi karena pikirannya teralih penuh saat fokus bercerita. Ny. D juga menunjukkan harapan hidup adaptif dengan keinginan kuat untuk kembali memasak bagi suaminya serta merawat rumah setelah pulang.

Meskipun pada lembar observasi pertemuan keempat masih menyisakan 4 gejala objektif-subjektif yang bersifat minimal dan sayup, orientasi realitas dan kemampuan kontrol adaptif pasien telah pulih sepenuhnya, sehingga pasien dinilai telah masuk ke dalam kategori Masalah Teratasi Sebagian menuju stabil. Oleh karena itu, disimpulkan bahwa intervensi keperawatan di rumah sakit dapat dihentikan dan asuhan dilanjutkan melalui pendelegasian pengawasan minum obat (Olanzapine/Zipren ODT) serta dukungan psikososial kepada keluarga (suami) di lingkungan rumah guna menjaga kepatuhan kontrol rutin ke poli jiwa RSPAD sesuai jadwal serta mencegah risiko kekambuhan pasien di masa mendatang.

B. Saran

1. Bagi Masyarakat

Keluarga diharapkan menjadi pendukung utama dalam memberikan stimulasi komunikasi di rumah. Mengajak pasien bercerita atau mendengarkan keluhan pasien secara teratur dapat menjadi jangkar agar pasien tidak kembali terhanyut dalam dunianya sendiri.

2. Bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan

Disarankan agar instansi terkait mulai mempertimbangkan terapi naratif seperti storytelling sebagai bagian dari Standar Prosedur Operasional (SPO) di ruang rawat inap jiwa, karena terbukti mempercepat perbaikan kognitif pasien dibandingkan bercakap-cakap biasa.

3. Bagi Penulis Selanjutnya

Penulis menyarankan agar dilakukan penelitian lebih lanjut dengan durasi yang lebih panjang dan menggunakan instrumen pengukuran objektif seperti skor PSYRAT untuk memvalidasi tingkat penurunan intensitas halusinasi secara lebih akurat.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfi Syahra, E. G. P. , N. O. (2023). ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa SKIZOFRENIA PADA PASIEN HALUSINASI DENGAN CARA MENGHARDIK DI RUMAH SAKIT Jiwa.PROF. DR. M. ILDREM MEDAN. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(9), 3814–3820.
- Daryanto. (2023). Asuhan Keperawatan Pasien dengan Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi. In L. Rangki & Rahmawati (Eds.), *Keperawatan Jiwa* (1st ed., pp. 171–201). Pustaka Aksara. www.pustakaaksara.co.id
- Eko Nugraha, I. M. T. H. (2024). PENERAPAN TERAPI KOMBINASI PADA PASIEN DENGAN HALUSINASI PENDENGARAN DAN PENGLIHATAN: STUDI KASUS. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 3(2), 988–997.
- Handayani, L., Rahmadani, A., Saufi Fakultas Kesehatan Masyarakat, A., Ahmad Dahlan Jalan Soepomo, U., Yogyakarta, K., & Istimewa Yogyakarta, D. (2017). FAKTOR RISIKO KEJADIAN SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT Jiwa GRHASIA DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA (DIY). *Humanitas*, 13(2), 135–148.
- Hikmawati, H., Razak, R., & Wijayati, F. (2025). *Studi Kasus Keperawatan Terapi Bercerita pada Pasien Skizofrenia Rawat Jalan dengan Risiko Perilaku Kekerasan* (Vol. 2, Number 4).
- Kusumo, S., Sri, L., Tisna, R., Nining, Y., Fajar, F., Sulisty, A., & Devayanti, R. (2023). *BUKU AJAR ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa PADA PASIEN HALUSINASI* (Normalisari, Ed.; 1st ed.). STIKes Wijaya Husada Bogor.
- Nadia Putri Andirini, A. S. I. Y. (2024). INTERVENSI BERCAKAP CAKAP DAN MENULIS UNTUK MENGONTROL HALUSINASI PASIEN SKIZOFERNIA DI RUANG AKUT. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 3(4), 2015–2022.
- Nurjannah, S., & Wahyuni, S. =. (2024). SURYA MEDIKA Expressive Writing Therapy Pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Dan Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 19(3), 176–181.
- Nurjannah, S., Wahyuni, S., & Rosdiar. (2024). Expressive Writing Therapy Pada Pasien Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi. *SURYA MEDIKA (Jurnal Ilmiah Keperawatan Dan Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 19, 176–181.

- Sari, P. (2019). DINAMIKA PSIKOLOGI PENDERITA SKIZOFRENIA PARANOID YANG SERING MENGALAMI RELAPSE. *Psikoislamedia Jurnal Psikologi*, 4(2), 124–136.
- Tuti, A., Rico, P., & Nanang, A. K. (2022). PENERAPAN TERAPI PSIKORELIGI DZIKIR UNTUK MENURUNKAN HALUSINASI PADA KLIEN SKIZOFRENIA DI WILAYAH BINAAN PUSKESMAS AMBARAWA. *Jurnal Keperawatan Sisthana*, 7(2), 64–1.

LAMPIRAN 1

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

STORY TELLING

Judul Unit: Memberikan Motivasi Dengan Bercerita

No.	Standar Prosedur Operasional Story Telling
Preinteraksi	
1.	Persiapan diri perawat
2.	Persiapan perlengkapan
3.	Pastikan tidak adanya kontraindikasi
Tahap Orientasi	
1.	Cuci tangan
2.	Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri
3.	Menjelaskan tujuan kedatangan
4.	Menjelaskan langkah dan prosedur
5.	Menanyakan kesiapan klien
6.	Mempersiapkan lingkungan
Tahap Kerja	
1.	Berikan posisi nyaman kepada pasien selama kegiatan
2.	Atur posisi perawat di depan atau di sebelah pasien
3.	Jalin keakraban atau kerjasama antara perawat dengan pasien
4.	Ceritakan pengalaman nyata maupun imajinasi kepada pasien
5.	Bercerita dari hal yang simpel ke yang kompleks
6.	Fokuskan penglihatan pada pasien secara menyeluruh
7.	Kaji keseriusan pasien terhadap cerita yang disampaikan
8.	Jika pasien merasa jenuh hentikan cerita atau cari topik cerita yang lebih menarik
Terminasi	
1.	Minta tanggapan dari pasien
2.	Evaluasi ekspresi dan perasaan pasien
3.	Berikan umpan balik positif kepada pasien
4.	Akhiri pertemuan dengan baik
5.	Cuci tangan
Dokumentasi	
1.	Dokumentasikan hasil kegiatan

LAMPIRAN 2

**PANDUAN PRAKTIK KEPERAWATAN JIWA
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWARAN
STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO**

JADWAL AKTIVITAS HARIAN PASIEN

Nama : Ny. D.

No. RM:

No	Waktu	Kegiatan	Tanggal							Ket
			04	05	06					
1	05.00-06.00	Sholat Subuh	m	m	m					
2	06.00-07.00	Mandi, Shampo, Gigit Gigi	m	m	m					
3	07.00-08.00	Makan pagi dan minum obat	B	B	B					
4	08.00-09.00	Senam / Latihan beresap (Aktivitas)	B	B	B					
5	09.00-10.00	Visik Dokter	B	B	B					
6	10.00-11.00	Mendengar Muratal	m	m	m					
7	11.00-12.00	Senam / Latihan beresap (Aktivitas)	B	B	B					
8	12.00-13.00	makan pagi dan minum obat	B	B	B					
9	13.00-14.00	Sholat zohur dan istirahat siang	m	m	m					
10	14.00-15.00	Latih beresap / istirahat siang	m	B	B					
11	15.00-16.00	Sholat Ashar dan Latihan beresap	m	m	m					
12	16.00-17.00	mandi sore (Aktivitas)	B	m	m					
13	17.00-18.00	makan sore dan minum obat	B	B	B					
14	18.00-19.00	Sholat Magrib	m	m	m					
15	19.00-20.00	Sholat Isya	m	m	m					
16	20.00-21.00	Istirahat malam	m	m	m					

Keterangan :

- Tuliskan jadwal kegiatan harian pasien dalam kolom kegiatan sesuai dengan aktivitas yang dijadwalkan pada pasien
- Tuliskan tanggal dalam kolom kegiatan

Berikan kode M = mandiri, B = bantuan, dan T = tergantung pada setiap kegiatan yang telah dilakukan pasien pada kolom dibawah tanggal

LAMPIRAN 3

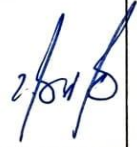
LEMBAR OBSERVASI TANDA DAN GEJALA HALUSINASI

No.	Tanda dan Gejala	Sebelum Terapi		Sesudah Terapi	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1.	Tanda Gejala Mayor Subyektif				
	Mendengar suara orang bicara tanpa ada orangnya				
	Melihat benda, orang, atau sinar, tanpa ada objeknya				
	Menghidu bau bauannya yang tidak sedap, seperti bau badan padahal tidak				
	Merasakan pengecapan yang tidak enak				
	Merasakan rabaan atau gerakan badan				
2.	Tanda Gejala Mayor Obyektif				
	Bicara sendiri				
	Tertawa sendiri				
	Melihat ke satu arah				
	Mengarah telinga ke arah tertentu				
	Tidak dapat memfokuskan pikiran				
	Diam sambil menikmati halusinansinya				
3.	Tanda Gejala Minor Subyektif				
	Sulit tidur				
	Khawatir				
	Takut				
4.	Tanda Gejala Minor Obyektif				
	Konsentrasi buruk				
	Disorientasi waktu, tempat, orang, atau situasi				
	Afek datar				
	Curiga				
	Menyendiri, Melamun				
	Mondar Mandir				
	Kurang mampu merawat diri				
	Total				

LAMPIRAN 4

KARTU KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Rifky Putra Priyatna
 NIM : 2314401026
 Judul KTI : Penerapan Terapi Storytelling Inovatif Terhadap
 Penurunan Tanda Dan Gejala Halusinasi Pada
 Ny D Di Ruang Amino
 Pembimbing : Ns Reni, S.Kep., M.Kep,

No.	Tanggal	Topik Konsultasi	Follow-up	Tanda Tangan Pembimbing
1.	25-04-2026	Konsultasi draf dan sistematika penulisan Bab I (Pendahuluan)		
2.	29-04-2026	Konsultasi relevansi teori dan literatur pada Bab II (Tinjauan Pustaka)		
3.	05-05-2026	Konsultasi desain dan metodologi penelitian/studi kasus pada Bab III		
4.	08-05-2026	Penentuan bentuk kasus, kriteria subjek, dan pengelolaan draf studi kasus		
5.	11-05-2026	Penyusunan rencana intervensi keperawatan (terapi/tindakan		

		klinis yang diterapkan)		
6.	13-05-2026	Analisis data hasil asuhan keperawatan dan persiapan draf pembahasan		
7.	18-05-2026	Penyusunan dan sinkronisasi Bab IV (Pembahasan: kesenjangan teori dan kasus)		
8.	21-05-2026	Penyusunan Bab V (Kesimpulan dan Saran) serta penyelesaian draf akhir KTI		

CATATAN :

- Dibawa setiap konsultasi
- Akhir konsultasi harap serahkan kartu ini kepada Bidang Akademik sebagai persyaratan penetapan tanggal ujian.

LAMPIRAN 5

DOKUMENTASI KEGIATAN STORYTELLING

LAMPIRAN 6

LEMBAR PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN

Semua penjelasan tersebut telah disampaikan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh **Rifky Putra Priyatna**. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan, saya dapat menanyakan kepada **Rifky Putra Priyatna**.

Sertifikat Persetujuan (<i>Consent</i>)	
Saya telah membaca semua penjelasan tentang karya Tulis Ilmiah ini. Saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya dan semua pertanyaan saya telah dijawab dengan jelas. Saya bersedia untuk berpartisipasi pada studi ini dengan sukarela. Ny. D Nama subjek/wali  Tanda tangan Subjek/wali <u>Senin, 4 Mei 2026</u> hari/bulan/tahun	Saya mengkonfirmasi bahwa peserta telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai Karya Tulis Ilmiah ini, dan semua pertanyaan telah dijawab dengan benar. Saya mengkonfirmasi bahwa persetujuan telah diberikan dengan sukarela. Rifky Putra Priyatna Nama peneliti/peminta persetujuan  Tanda tangan peneliti/peminta persetujuan <u>Senin, 4 Mei 2026</u> hari/bulan/tahun

Informasi Peneliti:

Penulis : Rifky Putra Priyatna

**Jalan Nuri, No. H45, Rt 01 Rw 06, Komplek Paspampres, Kelurahan
Tengah, Kecamatan Kramat Jati, Jakarta Timur, Indonesia
082120258071
rifkyputrapriyatna@gmail.com**

Peneliti: Rifky Putra Priyatna

**Jalan Nuri, No. H45, Rt 01 Rw 06, Komplek Paspampres, Kelurahan
Tengah, Kecamatan Kramat Jati, Jakarta Timur, Indonesia
082120258071
rifkyputrapriyatna@gmail.com**